FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 39.

DES

ÉRUPTIONS CUTANÉES

D'ORIGINE HYSTÉRIQUE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 6 Décembre 1895

PAR

Adrien-Louis-Marie PANNETIER

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né le 27 Septembre 1873 à TARASCON (Bouches-du-Rhône)

Examinateurs de la Thèse..	MM. PITRES	professeur	*Président*
	BERGONIÉ	professeur	*Juges*
	SIGALAS	agrégé	*Juges*
	LE DANTEC	agrégé	*Juges*

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 39.

DES

ÉRUPTIONS CUTANÉES

D'ORIGINE HYSTÉRIQUE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 6 Décembre 1895

PAR

Adrien-Louis-Marie PANNETIER

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né le 27 Septembre 1873 à TARASCON (Bouches-du-Rhône)

Examinateurs de la Thèse..	MM. PITRES	professeur	*Président*	
	BERGONIÉ	professeur		
	SIGALAS	agrégé	*Juges*	
	LE DANTEC	agrégé		

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL
91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91
—
1895

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

M. MICÉ..... } Professeurs honoraires
AZAM..... }

	Messieurs
Clinique interne	PICOT. PITRES.
Clinique externe	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique d'accouchements	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Anatomie générale et Histologie	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIE.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	de NABIAS
Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE	
Pathologie interne et Médecine légale	MESNARD. CASSAET. AUCHE. SABRAZÈS. LE DANTEC.
SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS	
Pathologie externe	VILLAR. BINAUD. BRAQUEHAYE.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.
SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES	
Anatomie	PRINCETEAU. CANNIEU.
Physiologie	PACHON.
Histoire naturelle	BEILLE.
SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES	
Physique	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique int. des enf.	MM. MOUSSOUS	Maladies mentales	MM. RÉGIS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DUBREUILH	Pathologie externe	DENUCE
Cliniq. des maladies des voies urin.	POUSSON	Accouchements	RIVIÈRE
Mal. du larynx, des oreilles et du nez	MOURE	Chimie	DENIGÈS

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON ONCLE JULIEN PANNETIER

A MON ONCLE ET A MA TANTE MARTY

A MES ONCLES

ADRIEN RANCHIER

ÉTIENNE GAUTIER

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR PITRES

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER D'ACADÉMIE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

INTRODUCTION

La question des éruptions cutanées d'origine hystérique, rejetée d'abord par la plupart des auteurs qui incriminaient la grande faculté de simulation des hystériques et si vivement discutée tout récemment encore dans différents Congrès, paraît être aujourd'hui à peu près élucidée. Mais il n'existe pas, que nous sachions, de travail d'ensemble sur la question.

Les thèses récentes d'Athanassio, de Gauthier, si démonstratives dans les parties qu'elles traitent, laissent absolument de côté un groupe de dermatoses, et non le moins intéressant, celui des gangrènes spontanées. On en a publié, dans ces derniers temps, surtout à l'étranger, un certain nombre d'observations, plus ou moins détaillées, plus ou moins concluantes, éparses dans la presse médicale, et dont l'accès nous a été parfois difficile. Aidé de nos lectures, nous avons esquissé dans ce travail la symptomatologie de l'affection, basée sur l'analyse de chaque observation.

Nous avons aussi ébauché l'étude d'une autre forme, mal connue, fort rare, bien propre à l'hystérie cependant, qu'on a appelée « eczéma hystérique » et dont un cas, observé à la Clinique dermatologique de Saint-Raphaël, nous a donné l'idée de cette étude.

Il nous a paru, en effet, intéressant et utile en même temps, d'ajouter ces faits récents aux résultats de nos devanciers pour en dégager une question d'ensemble.

Mentionnons ici, pour l'éliminer de notre sujet, ce que l'on a décrit quelquefois sous le nom de Lichen plan hystérique. Nous n'en connaissons que deux cas, signalés par Feulard, dans les *Annales de dermatologie* de novembre 1890, et nous croyons être jusqu'ici autorisé à ne voir dans ces faits qu'une simple coïncidence.

Mais avant de commencer nous avons un devoir bien doux à remplir : que M. le professeur Pitres nous permette de le remercier publiquement du grand honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse; malgré tous nos efforts, il est bien indigne de lui le travail que nous soumettons à son indulgence, et c'est notre regret de n'avoir pu mieux faire, après être resté six mois dans son service.

M. le docteur Frèche, aide de clinique des maladies cutanées, qui nous a engagé dans cette voie, ne nous a ménagé ni son temps ni l'expérience qu'il a acquise dans cette branche de la pathologie; nous avons puisé dans ses notes, abusé de sa bonne volonté; qu'il reçoive ici l'assurance de notre bien vive gratitude et accepte la part qui lui est due dans la paternité de cette étude.

M. le professeur agrégé Dubreuilh nous a aussi guidé de ses conseils; attiré vers l'étude des maladies cutanées par ses précieuses leçons, nous avons volontiers donné notre temps au sujet que nous traitons aujourd'hui.

HISTORIQUE

« Rien n'est plus commun que de trouver signalées dans les observations, alternant ou coïncidant avec les affections cutanées, soit des migraines, soit des névralgies, soit des douleurs nerveuses viscérales, tous accidents qui d'après M. Bazin sont des manifestations de la diathèse arthritique ou herpétique. Mais la diathèse elle-même, cette influence cachée qui se traduit par des phénomènes si différents en apparence, devient bien plus saisissable si l'on envisage le système nerveux comme l'intermédiaire obligé de certaines éruptions arthritiques ou dartreuses. Dès lors, le lien qui rattache la migraine, la névralgie, la gastralgie, avec l'eczéma par exemple, devient plus compréhensible, puisque toutes ces manifestations pathologiques dérivent d'une cause commune. » (Rendu. *An. de Dermatologie*, 1874-75.)

Il existe, en effet, nombre d'observations anciennes éparpillées dans la littérature médicale, de lésions trophiques cutanées et dont quelques-unes, du moins, étaient rapportées à leur véritable cause.

Alibert, un des premiers, nous signale des éruptions succédant à de vives émotions.

Cazenave recherche l'hérédité des lésions et note leur fréquence chez des sujets à tempérament nerveux.

Notta, Parrot, Axenfeld précisent en s'appuyant sur des observations cliniques.

Mais il faut arriver à l'Ecole physiologique et anatomo-pathologique (Brown-Séquard, Vulpian, Charcot, Weir-Mitchell, Bœrensprung, Romberg, Wyss) pour saisir clairement l'étroite relation qui existe entre les troubles du système nerveux et la nutrition des tissus. On ne compte plus aujourd'hui les observations des troubles trophiques de la peau associés à des lésions des nerfs périphériques (Charcot, Weir-Mitchell, Pitres et Vaillard, etc.), des ganglions spinaux (Arnozan, Weidner, Wyss), de la moelle (Couyba, Brown-Séquard, Charcot), de l'encéphale (Romberg, Brissaud, Rendu, Leloir, Déjerine, etc.).

Les mêmes troubles trophiques peuvent se rencontrer aussi, indépendants de toute lésion anatomique. C'est le cas de certaines maladies nerveuses *sine materia*, de certaines névroses; signalés dans l'aliénation mentale, dans l'épilepsie, dans la chorée de Syndenham, c'est surtout dans l'hystérie qu'on a constaté le plus souvent des faits de cet ordre « L'hystérie a ses lois, son déterminisme, absolument comme une affection nerveuse à lésion matérielle. Sa lésion anatomique échappe encore à nos moyens d'investigation, mais elle se traduit d'une façon indéniable à l'observateur attentif, par des troubles trophiques, analogues à ceux qui se voient dans les cas de lésions organiques du système nerveux central ou des nerfs périphériques (1). »

Cependant jusqu'à Charcot, on considérait comme très exceptionnelles ces éruptions cutanées dans l'hystérie. « L'idée préconçue de la simulation qui a nui si longtemps à la noso-

---

(1) Extrait de la Préface que Charcot a consacrée à la thèse d'Athanassio, 1890.

graphie de l'hystérie », ainsi que l'enseignait le savant, faisait négliger l'analyse de ces phénomènes. Dès 1884, Charcot avait entrepris l'étude des troubles trophiques de la névrose et c'est tout à l'Ecole de la Salpêtrière que revient l'honneur d'avoir fait la lumière sur une question jusque-là si obscure.

Les thèses de Mermet (1877), de Franceschi (1883), de Levêque (1887), viennent grossir le nombre des observations des dermatoses hystériques, ou consécutives à un choc moral.

Mais ces manifestations cutanées de la névrose sont trop variées pour que nous prétendions en faire un historique régulier. Nombreux sont les auteurs qui, dans ces dernières années surtout, en France comme à l'étranger, ont signalé des cas de ce genre. Nous aurons l'occasion, dans le cours de cette étude, de les citer, à propos de chaque description particulière.

Deux travaux sur la question ont paru depuis 1890 et sont trop importants pour ne pas trouver leur place ici, celui de M. Athanassio : *Les troubles trophiques dans l'hystérie*, fait dans le service de la Salpêtrière, et dont le chapitre des troubles trophiques cutanés mérite encore d'être consulté, à plus d'un titre, même après le travail de M. Gauthier : *Des éruptions cutanées chez les hystériques* (Lyon 1893).

DIVISION DU SUJET

Nous basant sur la physiologie pathologique des lésions que nous allons étudier, nous divisons les Eruptions cutanées hystériques en trois grandes classes :

1° Celles qui relèvent d'un processus purement congestif ; elles font l'objet de notre premier chapitre ;

2° Celles qui relèvent d'un processus épidermolytique. Cette classe comprend elle-même deux formes cliniques bien distinctes suivant que l'épidermolyse nous donne la bulle ou la vésicule. Ce sont : *a)* le Pemphigus hystérique; *b)* la Dermite eczématiforme hystérique. Nous les étudions dans deux chapitres différents, le second et le troisième.

3° Celles qui relèvent d'un processus gangréneux ; elles constituent notre quatrième chapitre.

Un cinquième chapitre consacré à la physiologie pathologique nous fera saisir le lien qui les unit.

Suivront nos conclusions.

CHAPITRE PREMIER

Erythèmes. — Les érythèmes qui constituent le phénomène congestif primordial sont, de l'avis de tous les neurologistes, fréquents chez les hystériques. Ils sont constitués par de petits placards rouges, de dimensions variables, isolés ou confluents, s'accompagnant quelquefois d'un léger œdème avec élévation de la température. Ils sont assez souvent unilatéraux chez des malades qui présentent des troubles limités à un seul côté, de l'hémianesthésie par exemple.

Ils surviennent tantôt spontanément, tantôt à la suite d'une attaque ou d'un choc, d'une douche ou d'un bain par exemple. C'est le cas d'une malade citée dans la thèse de A. Martin : « Des troubles vaso-moteurs dans l'hystérie ». Cette malade hémianesthésique gauche, présente de ce côté chaque fois qu'elle prend une douche, un bain, de petits îlots d'hyperémie s'étendant de la tête aux pieds et qui durent une heure et demie environ. Tantôt enfin ces placards ne sont que la première étape d'une lésion plus avancée, la bulle de pemphigus par exemple. La durée est variable ; limité en général à celle de l'attaque, quand celle-ci lui a donné naissance, l'érythème demeure quelquefois plusieurs jours. Il peut laisser alors après lui une petite desquamation furfuracée.

Si ces phénomènes congestifs locaux sont très intenses, la peau devient d'un rouge vif, se recouvre d'arborisations vasculaires, et il se produit une hémorrhagie élective. C'est l'origine des *ecchymoses hystériques*, des *sueurs de sang*, de ces stigmates démoniaques ou miraculeux, dont fourmille l'histoire de la sorcellerie. L'histoire est célèbre de la sœur Jeanne-des-Anges (XVII[e] siècle) qui, à la suite d'une attaque, vit apparaître sur le dos de sa main gauche les mots *Jésus, Maria, Joseph*, inscrits en « beaux caractères vermeils et sanglants. »

Dermographisme. — Quand on excite le tégument de certains sujets, si l'on trace par exemple une raie avec l'ongle sur leur peau, « celle-ci devient d'abord hyperémique, puis ortiée et faisant relief sensible au toucher. Cette raie ortiée, blanche, surélevée, qui fait suite à la raie rouge hyperémique vulgaire, persiste longtemps à l'état d'œdème anémique linéaire et s'efface très lentement ; si bien qu'au bout d'une demi-heure ou de trois quarts d'heure elle persiste encore. Le lendemain il suffit de frotter légèrement la peau avec la paume de la main pour faire reparaître la raie hyperémique qu'on avait tracée la veille. Si l'on a dessiné des lettres, une croix, une étoile, on les fait reparaître de la même façon, d'abord sous forme de traits rouges, puis en relief sous celle de traits ortiés. » Voilà une description typique du dermographisme que donne Renaut, à propos d'un malade dont nous rapportons plus loin l'observation.

L'étude de ce phénomène et son interprétation sont de date récente. Gull est le premier qui en ait donné une description et l'ait différencié de l'urticaire chronique. Il a été signalé pour la première fois en France par Dujardin-Baumetz. Bourneville et Regnard, Axenfeld, Lwolf, Chambard, en ont également publié des observations. Le travail de Féré

et Lamy, la thèse de Cornu nous donnent, avec des observations nouvelles, une description détaillée de l'affection. Enfin en 1893, Th. Barthélemy a fait paraître une étude des plus complètes et des plus intéressantes du dermographisme, après laquelle nous ne saurions insister beaucoup.

Le dermographisme a été observé chez des sujets dont le système nerveux est le siège de troubles organiques ou dynamiques, chez des aliénés, chez des épileptiques, chez des alcooliques, chez des méningitiques, chez des hystériques. Mais les premiers cas ayant été signalés chez des hystériques on a été porté à en faire un stigmate de la grande névrose. MM. Féré et Lamy qui ont recherché systématiquement le dermographisme chez 137 malades hystériques ne l'ont rencontré que 46 fois, avec une intensité plus ou moins grande ; on peut en conclure que, si l'hystérie prédispose au dermographisme, on ne l'y rencontre pas fréquemment.

Le dermographisme dans l'hystérie se présente souvent avec des caractères d'intensité remarquable. Dujardin-Baumetz nous cite un exemple de lésion ortiée provoquée qui durait douze heures et M. Berjon (1) nous montre dans la planche X de son mémoire un cas qui dura plus de trois mois.

Pour Barthélemy, le dermographisme ne serait pas engendré par l'hystérie, mais l'hystérie et le dermographisme relèveraient sinon d'une seule et même cause, mais de causes analogues et très voisines.

Nous pouvons rapprocher des faits précédents les faits rapportés par M. Pitres dans ses *Leçons cliniques sur l'hystérie*, l'absence d'hémorrhagie après la piqûre. Tandis que chez les sujets sains une piqûre d'épingle est suivie d'un

---

(1) Berjon. *La Grande hystérie chez l'homme.* 1886.

écoulement de sang presque immédiat, chez l'hystérique les phénomènes sont tout différents : « Au moment où l'épingle est enfoncée dans la peau on voit apparaître autour du point piqué une auréole pâle de 1 à 2 millimètres de diamètre qui persiste et s'accentue même davantage après que l'épingle a été enlevée. Quelques secondes plus tard l'auréole s'entoure d'une zone de rougeur diffuse de 1 à 2 centimètres de diamètre, et en même temps il se forme à sa place une saillie, une sorte de papule ortiée qui persiste pendant un temps variable mais toujours assez long, une demi-heure, une heure, ou plus, selon les cas. Souvent après que la papule est bien formée il s'écoule par l'orifice de la piqûre une petite gouttelette de sérosité limpide. »

Tous ces phénomènes vaso-moteurs, conclut M. Pitres « bien que se produisant assez souvent sur des parties anesthésiques de la peau, ne sont cependant pas liées à l'anesthésie cutanée par un rapport constant. »

L'*urticaire chronique*, qui a été mentionné dans l'hystérie est un phénomène si voisin du précédent, que certains auteurs (Jacquet, *Ann. de Dermatologie*, 1888) ont nié leur différence. Il consiste essentiellement en l'éruption subite et rapide d'efflorescences papuleuses, larges, aplaties, pâles et décolorées au centre, rouges à la périphérie. Cette éruption est spontanée ou provoquée par le moindre frottement; l'impression des plis du vêtement suffit parfois à la provoquer; le cas de Renaut, cité plus loin au chapitre des gangrènes, nous en offre un exemple. Il paraît être moins fréquent dans l'hystérie que le dermographisme.

CHAPITRE II

Du pemphigus hystérique

L'éruption du pemphigus ordinaire est constituée par la formation rapide et spontanée en un point quelconque du tégument de bulles arrondies ou ovalaires distendues par un liquide séreux ou séro-sanguinolent.

Voici d'abord, esquissée en peu de mots, d'après les recherches de MM. Renaut et Nodet, l'anatomie pathologique de la lésion. Comme toute lésion vésiculeuse, on note d'abord de la congestion des vaisseaux papillaires, de l'infiltration embryonnaire des papilles, de l'exsudation vasculaire ayant comme expression extérieure la papule. L'exsudation séreuse traverse tout le corps muqueux de Malpighi vient se collecter au niveau de la couche granuleuse, en soulevant la couche cornée de l'épiderme et la bulle nous apparaît. La situation superficielle de la bulle du pemphigus explique pourquoi elle ne laisse pas de cicatrice.

« Les maladies, les traumatismes du système nerveux nous fournissent une démonstration pour ainsi dire expérimentale de l'origine souvent nerveuse des éruptions bulleuses de la peau. » (Du Castel.)

Ces éruptions sont consécutives soit à des lésions des nerfs périphériques (Charcot, Weir-Mitchell, Hayem, Leloir), soit à des lésions médullaires (Couyba, dans des lésions traumatiques de la moelle; Brown-Séquard, Charcot, Dujardin-Baumetz, au cours de méningites spinales aiguës; Gaillard, Charcot, Vulpian, Leloir, etc., au cours de myélites chroniques, dans le mal de Pott), soit à des lésions de l'encéphale (Romberg, Hesseling, Chrosteck, Brissaud, Rendu, dans l'hémiplégie; Déjerine, Leloir, dans la paralysie générale).

Le pemphigus a été de même observé dans la folie, dans les névroses, mais surtout dans l'hystérie.

Les observations de pemphigus d'origine hystérique abondent aujourd'hui dans l'histoire de la médecine. C'est le *pemphigus hystericus* des auteurs.

Le premier cas signalé nous paraît être celui du docteur Jacquemin, en 1816, rappporté par Louyer-Villermay (1); il s'agit « d'une jeune demoiselle, sujette à des convulsions hystériques, qui a eu trois ou quatre fois une éruption de vésicules sur l'avant-bras et la poitrine, de la grosseur d'une châtaigne, lesquelles ont formé en s'ouvrant spontanément une plaie semblable à celle des vésicatoires. »

Peu de temps après, Frank, dans son *Traité de Pathologie médicale*, donne une observation très concluante : une bulle du volume d'un œuf de poule, remplie d'une sérosité claire, apparaît en un point douloureux. La bulle crève bientôt et ne laisse aucune trace.

Mais nous ne saurions passer en revue la longue suite des cas qui viennent s'ajouter aux précédents. Nous renvoyons

---

(1) Louyer-Villermay. *Traité des maladies nerveuses ou vapeurs.* Paris, 1816, T. I, p. 111.

aux travaux de Martius, Schultze, Gignoux, Gailleton, Pick, Hébra, Landgraf, Betz, Courbis. En 1877, Mermet soutient la thèse : Du *Pemphigus dans les névroses*, et nous apporte son tribut d'observations. Franceschi, en 1883, réunit les exemples les plus frappants et ajoute trois observations. Il est rare que chaque année ne voie naître quelque cas nouveau, en France ou à l'étranger.

Voici les caractères généraux du pemphigus hystérique : C'est généralement chez la femme qu'on le rencontre, et ce qui frappe d'abord c'est sa coexistence avec un bon état général.

Son mode d'apparition est particulièrement important. C'est principalement au moment des règles qu'il se manifeste, pour cesser quand celles-ci paraissent. Il est souvent lié aux paroxysmes de la névrose.

Il peut siéger sur tous les points du corps, sans prédilection pour un territoire nerveux, sans suivre le trajet d'un nerf. L'unilatéralité, chez des sujets hémianesthésiques, peut se rencontrer, mais ne constitue pas une règle ; les bulles se distribuent par plaques, quelquefois en bracelet autour d'un membre, et sont rarement disséminées. Il peut siéger sur un fond d'œdème hystérique, de processus analogue.

Il est précédé le plus souvent d'une sensation d'hyperesthésie, de cuisson violente. C'est l'irradiation douloureuse d'une zone hystérogène. Bientôt des bulles se montrent sur une zone limitée d'hyperémie locale. La dimension des bulles peut atteindre des proportions énormes (un œuf de poule, cas de Frank). Leur diamètre moyen varie d'une lentille à une pièce de un franc et au-dessus.

Leur contenu est clair, quelquefois sanguinolent. Au niveau de la lésion et dans le voisinage, la sensibilité est habituellement troublée (anesthésie, hyperesthésie).

L'évolution de ces accidents est rapide en général. Les bulles crèvent, sèchent et tout disparaît, en une semaine en moyenne, sans laisser trace de son passage. Mais la récidive est fréquente comme pour tous les accidents de la névrose, l'affection procède généralement par poussées.

On a pu obtenir la production de bulles chez des hystériques par la suggestion hypnotique (Jakov, de Saint-Pétersbourg).

Nous donnons à la suite trois observations que nous avons remarquées dans nos lectures comme étant les plus caractéristiques. Nous les faisons précéder du cas de Louise Lateau (1), parce qu'il est célèbre et fort curieux.

Louise Lateau présente des crises convulsives, mais surtout des attaques d'extase, de « crucifiement. » Elle présente au front, au côté gauche, aux pieds et aux mains des stigmates qui simulent la lésion produite par le « crucifiement » (couronne d'épines, plaie du côté, lésions des clous). Les hémorrhagies des pieds et des mains, et parfois celles du côté, s'accompagnent de la production d'« ampoules. » Ecoutons M. Lefebvre :

« Dès le mardi, elle commence à éprouver à l'endroit des stigmates un sentiment de brûlure » qui va en s'accentuant de plus en plus, puis « sur chacune des surfaces rosées des mains et des pieds, on voit une ampoule naître et s'élever peu à peu ; lorsqu'elle est arrivée à son complet développement, elle forme, à la surface de la peau, une saillie arrondie hémisphérique ; sa base a les mêmes dimensions que la surface rosée sur laquelle elle repose, c'est-à-dire environ 2 cent. 1/2 de longueur, sur 1 cent. 1/2 de largeur. » Bientôt

---

(1) Bourneville. — Louise Lateau ou la stigmatisée belge. Paris 1875.

en général, dans la nuit du jeudi au vendredi, l'ampoule crevait, et c'est alors que l'hémorrhagie survenait. Ces phénomènes duraient depuis sept ans, en 1875, au moment où Bourneville écrivait. Chez elle, le processus allait jusqu'à l'hémorrhagie, le pemphigus ne constituait qu'un temps du phénomène.

Observation résumée (Dr Mermet.)

V..., mariée, quarante-huit ans, hystérique.

Depuis 1872, en même temps que des vomissements de sang, elle a eu plusieurs fois et par accès de plusieurs semaines de durée, des douleurs névralgiques dans les membres suivies de larges phlyctènes qui se terminaient par une légère excoriation du derme.

Ces accidents ont siégé successivement au membre supérieur gauche, à la face, aux deux membres inférieurs, en commençant par la gauche. Aménorrhée depuis cinq mois.

État actuel, 14 mars 1873. — Depuis une dizaine de jours, nouvelle éruption sur le membre inférieur droit, vives lancées le long du sciatique droit jusqu'aux orteils, anesthésie presque complète de la peau de ce membre et larges phlyctènes en bracelet sur le tiers inférieur de la cuisse et à la partie moyenne de la jambe.

État général bon, pas d'amaigrissement, pas de fièvre.

28 mars. — Depuis hier soir quelque bulles sur le devant de la poitrine, dans le premier, le deuxième espace intercostal droit, et le deuxième gauche. Pas de douleur névralgique dans ces parties, mais sensation de cuisson avec un peu d'analgésie.

30 mars. — Nombreuses bulles sur la partie moyenne de la jambe droite, une bulle au menton.

1er avril. — Toutes les bulles sont en voie de dessiccation.

9 avril. — Depuis trois jours, nouvelles bulles sur la jambe droite, douleurs, un peu d'œdème de la jambe et du pied. Dessiccation rapide. Conservation de la santé.

Observation (Dr Raymond).

Femme, vingt-six ans, domestique.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts phtisiques ; l'un de ses frères très nerveux.

Antécédents personnels. — C'est à dix-huit ans qu'elle a présenté les premiers symptômes de la grande névrose ; après une vive frayeur, elle a eu une crise d'hystérie suivie d'une attaque de sommeil qui a duré un mois.

Le 1er janvier 1889, après une grande crise qui la laissa quatre jours dans le sommeil, on constata, outre une contracture dans le membre inférieur droit, des taches ecchymotiques siégeant vers le bord externe du pied droit, et qui n'étaient attribuables à aucun traumatisme. Après deux ans, ces taches persistent encore.

La malade présente tous les stigmates de la grande hystérie : grandes crises, attaques de sommeil, anesthésie pharyngée, anesthésie sensitivo-sensorielle complète sous tous ses modes, généralisée à toute la surface du corps, sauf sur les membres inférieurs dont la sensibilité normale à la jambe devient de plus en plus obtuse à la cuisse, pour disparaître au-dessous du pli inguinal ; ovaralgies, perte du sens musculaire dans les membres supérieurs anesthésiés ; accès de dyspnée et d'œsophagisme. La malade, hypnotisée par la pression des globes oculaires, est bientôt prise d'une crise convulsive à grand arc de cercle que l'on arrête par la compression énergique des ovaires. Elle est habituellement mal réglée. Rétrécissement du champ visuel.

Histoire de la maladie. — *Le 18 décembre*, la malade a une grande crise. Le surlendemain apparaissent sur le moignon de l'épaule gauche et au niveau de la partie moyenne du deltoïde, deux phlyctènes assez larges qui, crevées, ont laissé s'écouler de la sérosité claire ; en même

temps se sont formées deux phlyctènes juxtaposées, mais de dimensions inégales au sommet gauche de la poitrine en avant. Leur évolution a été absolument la même que celle de phlyctènes consécutives à l'application d'un vésicatoire, et aujourd'hui on voit, en ces régions, des plaques presque géométriquement triangulaires, quadrangulaires, rosées, dénudées de leur épiderme.

Le 21 et le 22 décembre sont apparues subitement et successivement de nouvelles bulles sur l'avant-bras et les faces dorsales des doigts médius et annulaire, au bord interne de la première phalange du médius et au bord externe de la même phalange du petit doigt. L'éruption a débuté par la racine du membre pour se terminer vers son extrémité. On remarque, en effet, sur le membre les différents degrés du processus de cette éruption. D'abord, apparition de phlyctènes qui crèvent, laissent écouler de la sérosité transparente, ainsi qu'on le voit actuellement sur les doigts annulaire et médius; puis l'épiderme affaissé se dessèche, devient adhérent et la plaque prend un aspect parcheminé rouge foncé; c'est ainsi que se présentent les autres plaques de la face dorsale des doigts de la main et de l'avant-bras; l'une des plaques de l'avant-bras est recouverte d'une croûte épaisse, impétigineuse, qui, par la pression, laisse sourdre quelques gouttes d'un liquide séro-purulent. La desquamation s'opère ensuite, l'épiderme se détache par lambeaux et laisse une cicatrice rosée; actuellement les plaques de la poitrine et de l'épaule ont l'aspect de cicatrices laissées par un vésicatoire cinq ou six jours après son application.

Observation (Richardière)

Pierre Ch..., vingt-neuf ans, droguiste.

Antécédents héréditaires. — Père névropathe, avait des idées de persécution. Mère morte d'une attaque d'apoplexie. Deux sœurs hystériques. Un frère bien portant.

Antécédents personnels. — A quatre ans, fièvre typhoïde ; perte de l'œil droit à cinq ans, suite de traumatisme, énucléation. Très nerveux, très impressionnable, facilement irritable. Fréquents maux de tête. Pas d'attaques de nerfs. Récemment grands chagrins domestiques.

Histoire de la maladie. — *Le 31 décembre 1891,* après avoir ressenti un violent mal de tête et une courbature générale s'est mis au lit et a eu une attaque d'apoplexie avec perte de connaissance, qui a duré vingt-quatre heures. A la suite de cette attaque il a présenté de l'hémiplégie motrice du côté droit, avec des troubles de la parole très accentués. Au bout d'une semaine de séjour à l'hôpital Saint-Louis ces phénomènes avaient en partie disparu, la parole était revenue, la marche était possible.

Etat actuel. — *Le 21 janvier*, l'hémiplégie a à peu près complètement disparu. Aucun trouble du langage. Etat intellectuel absolument satisfaisant.

La sensibilité est diminuée dans tout le côté droit. Anesthésie presque complète au niveau de l'avant-bras droit et des trois doigts, pouce, index, médius, face palmaire aussi bien que face dorsale. La perversion existe également pour le tact, la piqûre et la chaleur.

Le malade se plaint de douleurs de tête à caractère fixe, localisées à la région occipitale gauche.

Abolition du réflexe pharyngien.

La sensibilité gustative est obtuse sur toute la langue mais surtout à droite.

Rétrécissement concentrique du champ visuel et rétrécissement pour les couleurs.

Troubles trophiques. — Il consistent en amyotrophies existant au niveau des deux mains, particulièrement à droite, et en troubles cutanés.

Ces derniers consistent dans la présence de bulles du diamètre d'une pièce de 20 centimes à 1 franc siégeant sur la main droite, au niveau

de la face palmaire de la troisième phalange du pouce, index et médius ; une bulle plus volumineuse que les précédentes siège à la face palmaire de la première phalange de l'index. Sur la main gauche deux bulles ont existé au niveau de l'interligne articulaire de la deuxième et de la troisième phalanges de l'annulaire et du médius. Des bulles analogues auraient existé sur la peau qui recouvre le tibia gauche face interne, il n'en existe plus de vestiges.

Ces bulles se sont montrées peu de temps après l'attaque d'apoplexie. Il y a eu trois poussées successives. Leur évolution est la suivante : sur un point de la peau, une bulle se montre pleine de sérosité claire ; cette sérosité se résorbe en quelques jours ; l'épiderme qui formait la paroi supérieure de la bulle s'épaissit, se racornit ; au bout de deux ou trois semaines il reste comme vestige de la bulle une surface épidermique dure, de couleur noirâtre, kératinisée, rappelant la kératinisation qu'on observe à la suite des lésions cutanées de l'asphyxie symétrique des extrémités.

Pas de déviation de la colonne vertébrale. Urines normales.

Cette observation est particulièrement intéressante :

Il s'agit d'un homme, ce qui a rarement été observé. Il est nettement hystérique ; le début brusque de l'éruption, l'évolution rapide des symptômes (en deux mois) ne permettent pas de songer à la syringomyélie.

Le diagnostic du pemphigus hystérique se basera sur les caractères généraux donnés plus haut. Sa présence chez un sujet hystérique sans modification de l'état général, ses phénomènes douloureux prémonitoires, son apparition au moment d'une crise, ou à l'époque des règles, chez les femmes, sa distribution irrégulière, les troubles sensitifs locaux qui l'accompagnent, la fréquence de sa récidive le caractérisent

suffisamment pour que nous ne nous attardions pas à le différencier des autres variétés de pemphigus. L'absence d'unilatéralité, sa distribution indépendante du trajet d'un nerf, ses récidives presque constantes le distinguent nettement du zona.

Le pronostic de l'affection est bénin, l'éruption est fugace, mais nous savons qu'elle récidive facilement.

Elle ne comporte pas de traitement particulier : de la propreté et le traitement général de la névrose. Dans certains cas, chez des femmes en retard dans leur menstruation, une application de sangsues, voire même une saignée, peuvent rendre de réels services.

CHAPITRE III

Dermite eczématiforme hystérique.

On a décrit sous le nom d'« eczéma hystérique » une affection d'une extrême rareté et dont nous rapportons un bel exemple observé au commencement de l'année à la Clinique dermatologique de M. le docteur Dubreuilh.

Les recherches les plus minutieuses ne nous ont pas permis d'en découvrir plus de quatre autres cas dans la science. Avant de les citer, nous tenons à en rejeter un que nous nous serions contenté de taire, si nous ne l'avions trouvé relaté en différents endroits. Nous voulons parler d'une observation que Forbes, dans *The Lancet*, 1893, a publié comme exemple d'eczéma lié à l'hystérie.

Il s'agit d'un vieillard de soixante-douze ans qui n'a jamais eu d'accidents nerveux antérieurs, qui a fait au contraire une poussée d'eczéma vingt ans auparavant. Actuellement à la suite d'inquiétudes, de soucis occasionnés par des pertes d'argent, il fait une poussée d'eczéma symétrique des avant-bras et des cuisses. Une nuit, le malade est pris de certains phénomènes de délire que l'auteur n'hésite pas à qualifier d'attaque d'hystérie ; pour toute démonstration, il nous conte

que « le malade criait, priait d'une façon incohérente, riait comme un fou » et que cette crise disparut grâce à des applications d'eau fraîche et à une thérapeutique morale. Cet accident ne se reproduisit plus d'ailleurs, l'état du malade s'améliora et il guérit bientôt de son eczéma.

Nous ne voyons dans ces faits rien de bien extraordinaire, un eczéma qui chez un vieillard fait une réapparition une nouvelle poussée à la suite d'une émotion vive, d'un violent chagrin, eczéma d'ailleurs sans aucune particularité, nettement symétrique et qui disparaît avec la cause occasionnelle qui l'a engendré, voilà une histoire assez banale, et on nous permettra de ne pas nous y arrêter plus longtemps.

Arrivons aux faits précis. Nous allons citer les quatre exemples de lésion eczémateuse hystérique, que nous connaissons, nous ajouterons l'observation que M. le docteur Frèche a bien voulu nous communiquer et nous essayerons d'en dégager quelque vue d'ensemble.

Le premier cas a été signalé par Leloir en 1881.

Observation résumée (Leloir).

Clorinde J..., vingt ans, hystérique, présente depuis deux ans un pied bot varus équin hystérique de la jambe gauche.

Au mois de septembre 1876 survient un gonflement douloureux avec rougeur et chaleur remontant jusqu'au tiers inférieur de la jambe gauche. Sur ce fond rouge apparurent bientôt un grand nombre de petites vésicules remplies d'un liquide demi- transparent. Deux ou trois jours après, ces vésicules se rompirent, et furent remplacées par des exulcérations légères. Celles-ci persistèrent jusqu'aux premiers jours du mois de février. Pendant cette période, de nouvelles vésicules

se développèrent entre les premières et passèrent par les mêmes phases. Il y a eu à la suite plusieurs poussées de ce genre. Il se produisit alors des exulcérations qui s'étendaient au dos du pied et à la partie inférieure de la cuisse. Elles étaient peu profondes, ovalaires, à fond grisâtre, très rapprochées les unes des autres, et affectaient une direction oblique de dedans en dehors, et de haut en bas. La peau entourant ces ulcérations était très rouge et le siège d'une hyperesthésie très prononcée. Anesthésie complète du membre supérieur gauche.

En février 1877, les accidents rétrocèdent, à l'éruption vésiculeuse fait suite une sorte d'éruption papuleuse. Douleurs très vives dans la jambe gauche.

Au commencement de mars 1877 nouvelle reprise des accidents, rougeur douloureuse de la jambe, éruptions des petites vésicules miliaires, confluentes, qui évoluent sans laisser d'ulcérations. Bientôt tous les phénomènes morbides disparaissent, et la peau reprend son aspect normal. La malade peut mouvoir légèrement son pied, ses orteils. L'anesthésie a disparu.

Ainsi l'éruption survenue en même temps que le « pied bot » disparaît avec lui. En 1881 ces phénomènes n'avaient plus reparu, mais la malade, obligée de garder le lit, grâce à un état de contracture qui la tient depuis quatre ans, se trouve dans un état de cachexie extrême, elle présente également une eschare sacrée.

A. Fabre dans l'*Hystérie viscérale*, au chapitre des éruptions cutanées, s'exprime ainsi au sujet des formes eczémateuses :

« Je n'en ai observé ou reconnu qu'un seul exemple : il a persisté pendant plus d'un an, et il occupait exclusivement l'oreille gauche. Etait-ce bien un eczéma hystérique ? A cette

question je réponds : Je n'ai jamais observé dans d'autres maladies ou dans d'autres influences, l'eczéma d'une seule oreille persister pendant plus d'un an, sans envahir d'autres points, et surtout l'oreille du côté opposé; ensuite cet eczéma, qui avait eu une période d'état prolongée, eut une période de déclin très rapide. Enfin, chez cette fille éminemment hystérique, l'eczéma apparut entre des hématémèses et divers phénomènes d'hystérie convulsive auxquels il succéda, et des troubles intellectuels de nature hystérique qui lui succédèrent. »

Dans l'observation de Fabre relatée plus loin, au chapitre des gangrènes, nous voyons aussi que pendant un certain temps un petit eczéma succède à l'ulcère siégeant à la jambe gauche.

Nous résumons l'Observation d'Oulmont et Touchard, très détaillée sur les symptômes nerveux :

Observation résumée

Amélie Y..., quarante-cinq ans. Mère sujette à des attaques d'hystérie. Pas d'autres antécédents nerveux. Un frère qui est sujet à des attaques de nerfs.

Réglée à neuf ans, a eu quelques maladies infectieuses : fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire aigu, érysipèle. Mais jusqu'à ces derniers temps, pas de crise de nerfs.

Histoire de la maladie. — C'est il y a dix-huit mois, en avril 1888, que l'hystérie s'est démasquée. Elle a eu subitement, dans la rue, une attaque épileptiforme suivie d'une hémiplégie motrice et sensitivo-sensorielle gauche qui a duré trois mois. En mars 1889, nouvelle attaque suivie encore des mêmes phénomènes qui n'ont, à l'état actuel,

pas complètement disparu. Il y a eu encore à la suite sept ou huit attaques analogues.

Actuellement (février 90) on note une hémiplégie gauche incomplète et une atrophie de ce côté. Elle présente du même côté des troubles vaso-moteurs très accentués, entre autres des sudations exagérées de tout ce côté. Le membre supérieur gauche est en demi-contracture, la main est complètement fermée, mais il a suffi de souffler dessus pour la voir s'ouvrir subitement ; on y constate alors des troubles vaso-moteurs très marqués, la face palmaire est constamment trempée de sueur, l'épiderme macéré se détache par morceaux. Toute la région palmaire est d'un rouge vif ; le derme, presque complètement à nu, se déchire même sous l'influence de la plus légère traction. Les plis de la paume de la main et des doigts sont comme creusés de véritables sillons, avec des poussées d'eczéma humide. Il y a aussi des troubles trophiques des ongles, de l'hémianesthésie du côté droit. Du côté de l'intestin elle a des diarrhées séreuses. Bref, la malade présente « une véritable synthèse des principaux troubles trophiques signalés dans l'hystérie. » Dans la suite, ces accidents subissent des fortunes variables, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation.

En mars, les troubles vaso-moteurs qui ont disparu dans le côté gauche, persistent à la paume de la main, sous la forme de son eczéma. Enfin, le 4 novembre, quand la malade sort très améliorée pour la plupart de ses accidents hystériques elle présente encore à la face palmaire et aux plis de flexion de la main gauche quelques placards d'eczéma humide.

L'état général n'a cessé d'être excellent.

Observation résumée (Gauthier).

15 juin 1892. — Cl. P..., dix-sept ans. Fut prise, à la suite d'une grande frayeur, de mouvements convulsifs dans les deux membres

supérieurs, au sujet desquels M. Bondet porte le diagnostic de chorée rythmique hystérique. Elle a de l'anesthésie pharyngée, du rétrécissement du champ visuel. Son état général est bon. On remarque une *éruption eczémateuse* sur les deux joues, qui daterait de huit jours environ.

Le 17 juin, la malade présente une éruption herpétiforme siégeant sur le dos de la main gauche et de l'avant-bras du même côté. Elle n'a pas été précédée de démangeaisons.

Le 18 juin, le dos de la main droite est aujourd'hui le siège d'une large plaque érythémateuse avec soulèvement épidermique et suintement.

Le 20 juin, au niveau de la face antérieure de la partie supérieure des deux avant-bras, on constate deux larges plaques suintantes, érythémateuses, irrégulières, à peu près symétriques. Celle de l'avant-bras droit est survenue environ vingt-quatreheures avant celle de l'avant-bras gauche.

Le 21 juin, l'éruption des joues est totalement guérie. L'essai d'une éruption suggérée derrière les oreilles depuis deux jours n'a pas produit de résultats. Les éruptions des mains et des avant-bras ont disparu sans laisser de traces.

Le 27 juin, la malade présente ce matin sur la face postérieure de l'avant-bras gauche une large surface érythémateuse suivie d'une éruption rappelant l'aspect d'un vésicatoire. Sur les joues, la malade présente également deux surfaces érythémateuses où, à jour frisant, on aperçoit de petites vésicules suintantes.

Le 29 juin, les surfaces suintantes des bras et des joues sont aujourd'hui recouvertes de croûtelles sèches. La malade n'a pas eu d'éruptions au bras droit, au point symétrique.

Le 7 juillet, hier matin, est survenue une rougeur de la joue droite, qui s'est accentuée le soir et qui est remplacée aujourd'hui par une large surface suintante excoriée. Rien à l'autre joue ni aux mains.

Sur la fin juillet, son état s'améliore beaucoup.

Le 18 août, elle n'a plus que quelques mouvements insignifiants de l'épaule. Depuis ce matin elle présente une éruption pemphigoïde localisée à la joue droite seulement. Toutes ces éruptions n'ont jamais concordé avec les règles.

Le 25 août, la joue droite est à peu près sèche. La joue gauche est le siège d'une éruption eczémateuse. Sur la face dorsale de l'avant-bras gauche, large surface érythémateuse commençant à suinter.

Le 27 août, apparition de la même éruption au front, plaque médiane de 7 à 8 centimètres de long sur 4 de large. Suintement abondant. Les deux faces du nez sont le siège d'une éruption semblable.

Le 31 août, les éruptions se généralisent. Elle présente à la face externe des deux jambes, deux larges placards de 15 à 20 centimètres de long, sur le dos des mains deux plaques symétriques et une large plaque sur l'avant-bras gauche. Les plaques des joues et du front se sont rejointes et forment un masque complet. Elle a en outre des plaques similaires sur les deux paupières inférieures, sur le nez, sur la lèvre inférieure et sur le menton. L'apparition de cette poussée éruptive a coïncidé avec une vive contrariété de la malade. État général excellent.

Le 3 septembre, pas de plaques nouvelles. Les plaques préexistantes se recouvrent de croûtes épaisses qui se détachent sans laisser de traces. Au pourtour des plaques anciennes on voit apparaître de petites vésicules herpétiformes.

Sur le voile du palais, on voit un semis de petites vésicules et une ulcération sur le pilier gauche. La température atteint 38° 3.

Pendant les mois de septembre et d'octobre elle présente encore à plusieurs reprises de belles éruptions de pemphigus hystérique, nettement symétriques, précédées d'une sensation de cuisson très vive avec élévation de la température locale d'au moins 1°, et de rougeur, six ou sept heures avant l'apparition des bulles. Ces éruptions durent trois ou quatre jours, et sont suivies de croûtes brunâtres qui se détachent sans laisser de macules persistantes. L'état général est bon.

A cette époque on observe également de grandes crises d'hystérie qui se répètent plusieurs fois par jour. Cet état se maintient jusqu'au mois de février, époque à laquelle l'observation est publiée.

Notons que cette malade a été particulièrement surveillée au point de vue de la simulation, que la symétrie de ses lésions rend improbable d'ailleurs; retenons cette synthèse chez un même sujet des trois éruptions que nous avons étudiées jusqu'ici, érythème, vésicule, bulle. Cette généralisation sans retentissement sur la santé générale, sans fièvre, mérite aussi d'attirer notre attention.

Observation (Dr Frèche).

Mme L..., vingt-huit ans, a perdu sa mère et un frère de sept ans de tuberculose pulmonaire. Son père est en vie et bien portant. Dans les antécédents personnels, on trouve une fièvre typhoïde à douze ans et deux fluxions de poitrine à sept et dix-sept ans. La malade présente des stigmates forts nets d'hystérie, tels que crises de nerfs, hémianesthésie gauche, etc.

L'affection actuelle remonte au mois d'octobre 1893. Le début a coïncidé avec une disparition brusque des règles, qui jusque-là avaient été normales. L'accident initial était, paraît-il, constitué par une lésion pustuleuse qui a progressé rapidement. Au mois d'août 1894, la lésion occupe tout l'avant-bras gauche, sauf la paume de la main et la face inférieure des doigts, qui sont absolument intacts. La limite supérieure tranche nettement sur les parties saines ; elle se termine sous forme d'une ligne circulaire, à 2 centimètres au-dessus de l'articulation du coude. Tout l'avant-bras ainsi que la face dorsale de la main sont augmentés de volume, œdématiés et presque complètement dépour-

vus d'épiderme, sauf en certains points où ce dernier est très mince et excorié par places. Le derme apparaît de couleur rouge sombre, avec un très léger état papillomateux. Il laisse s'écouler en très grande abondance un liquide citrin, légèrement gommeux et fétide. Les poils sont respectés ; ils sont plus volumineux que ceux du côté opposé. L'avant-bras gauche a 4 centimètres de plus que le droit. Les tissus sont fortement tendus, relativement durs, et conservent, surtout près du coude, l'empreinte du doigt. La malade ressent une cuisson constante qui s'exaspère la nuit. Ganglion épitrochléen gros et douloureux; quelques ganglions douloureux dans l'aisselle. Les doigts sont immobilisés dans la flexion forcée ; les mouvements du coude sont impossibles ; on détermine une violente douleur lorsqu'on les provoque.

Traitement : Compresses d'extrait de saturne dilué et pommade à l'oxyde de zinc.

Le 11 août 1894, le gonflement a diminué presque partout; les douleurs sont aussi intenses, mais les tissus paraissent plus souples; l'empreinte du doigt ne se produit plus. Presque toute la lésion est recouverte d'un épiderme excessivement mince, mais çà et là existent des portions qui en sont dépourvues et qui laissent s'écouler en très grande abondance le liquide citrin, légèrement gommeux, dont nous avons parlé.

Traitement : Colle à l'oxyde de zinc.

Le 14 août, la colle ne peut être maintenue en place; elle est enlevée par l'extrême abondance du suintement. Sur la face dorsale du poignet, les papilles commencent à s'hypertrophier et forment une surface d'aspect velouté. La lésion dégage une odeur fétide.

Traitement : Compresses d'eau créolinée.

Le 23 août, l'hypertrophie papillaire a disparu. Presque partout, on voit un épiderme lisse, assez mince; le suintement a beaucoup diminué.

Le 24 septembre, la malade a continué les applications d'eau créolinée, qui lui font le plus grand bien; le dégonflement est très accusé

en certains endroits: à la face dorsale de la main, à la partie inféro-externe de l'avant-bras, au coude, où le membre a presque repris sa forme normale. La peau y est cependant un peu épaissie et squameuse. Sur les autres points, à la face postéro-supérieure, antérieure et cubitale de l'avant-bras, l'état reste à peu près ce qu'il était avant. Le gonflement y est peut-être un peu moins marqué qu'autrefois: la peau est œdémateuse, rouge clair, tendue, douloureuse à la pression et prend mal l'empreinte du doigt. L'épiderme est très aminci et, par places, sec et luisant, ailleurs érodé et suintant comme dans l'eczéma. Les limites de la lésion sont les mêmes que celles d'il y a un mois. Les mouvements du coude et ceux de la main et des doigts sont possibles, mais la malade ne peut les exécuter que lentement et incomplètement. Il existe un état de demi-rigidité des muscles qu'on peut vaincre lentement. Les mouvements provoqués brusques des doigts déterminent une violente douleur dans la main et dans tout l'avant-bras. Les règles ont reparu il y a quelques jours, mais elles ont été presque insignifiantes.

Le 26 septembre, la peau est partout sèche, squameuse, desquamant en grandes écailles. Le gonflement est modéré, mais les douleurs sont toujours très vives; elles tiennent en partie aux crevasses de la peau. Cette dernière est assez souple, quoique un peu épaissie et plissée; les masses musculaires sont modérément dures, d'une consistance pâteuse, très douloureuses à la pression. Les mouvements spontanés de la main et de l'avant-bras sont presque impossibles; les mouvements provoqués ne s'exécutent qu'avec une extrême lenteur et sont très douloureux. Les doigts sont rigides dans la position de la main de l'accoucheur, ils ne sont pas douloureux à la pression, mais à la main et surtout au niveau des éminences thénar et hypothénar, on constate une tuméfaction pâteuse, très douloureuse à la pression. La sensibilité à la piqûre est diminuée sur l'avant-bras, plus encore à la main, et complètement nulle aux doigts. La sensation de contact est également fort atténuée. La température n'est pas perçue. Au-dessus de la lésion, diminution de la sensibilité à la température.

Plus de ganglions épitrochléens, ni axillaires.

Traitement : pommade au goudron au 5 0/0.

Le 3 octobre, la malade peut exécuter quelques mouvements d'extension et de flexion des doigts et du poignet.

Traitement : massages et pommade.

Le 10, il y a cinq jours, œdème au niveau des malléoles gauches. Le lendemain, il se développe sur la face dorsale du pied, au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, une lésion qui se présente aujourd'hui sous forme d'un placard constitué par un grand nombre de vésicules rouges, allant d'une malléole à l'autre. Ces vésicules sont très confluentes en certains points. L'épiderme qui recouvre ce placard est macéré, et lorsqu'on le détache, on aperçoit un suintement formé par un liquide citrin et poisseux.

Le 15, ces lésions pemphigoïdes ont presque totalement disparu.

Le 12 décembre, il y a une huitaine de jours, on avait remarqué au centre de la paume de la main un soulèvement bulleux, ne contenant que peu de liquide et un magma caséeux et fétide. La lésion fut attribuée à la pression des ongles dans la paume de la main et à l'absence totale de lavage. Actuellement, on trouve au centre de la paume de la main, la lésion primitive desséchée et représentée par une plaque d'épiderme sec, écailleux, de 3 centimètres de diamètre. Depuis deux jours, bien que la flexion forcée des doigts ait disparu, on voit autour de la lésion primitive un cercle interrompu par trois prolongements bulleux allongés, de 10 à 25 millimètres de long sur 8 de large ; isolés de la lésion initiale, ils sont tendus et renferment un liquide clair.

Le 14, les bulles sont toutes affaissées. Il n'en est pas survenu de nouvelles.

Le 18, nouveau soulèvement bulleux à la périphérie, constitué par un épiderme blanc, très épais.

Le 17 janvier 1895. — La nuit dernière est survenue une bulle volumineuse qui occupe toute la paume de la main ; elle est en grande partie remplie de liquide et simule en tous points une bulle due à l'application d'un vésicatoire.

Le 21, la bulle s'est affaissée trois jours après son apparition, mais aujourd'hui une large bulle nouvelle s'est formée au même point. On aperçoit aussi deux petits soulèvements épidermiques au niveau des éminences thénar et hypothénar. Traitement électrique sous toutes ses formes.

A partir de cette époque les lésions deviennent plus nombreuses et se reproduisent plus souvent. Tous les deux jours, en effet, on voit se former des soulèvements bulleux en un point quelconque de la paume de la main, et toute la région est tendue, rouge et très sensible au toucher.

La malade éprouve aussi des douleurs spontanées, c'est une sensation de cuisson très vive qui débute dans l'après-midi; elle siége au point où va se former la bulle, et disparaît au moment où cette dernière est formée, la nuit généralement.

Le 18 février, la malade, qui est allée passer quelque temps dans son pays, nous écrit que son état ne s'est pas amélioré.

Traitement : enveloppement ouaté de la main, sinapismes sur la colonne vertébrale.

Nous avons revu la malade ces jours-ci, après une absence de près de deux mois.

La guérison se maintient sur tout l'avant-bras, mais la main est encore malade. Il n'y a plus formation de bulles, mais toute la paume de la main est couverte d'un épiderme blanc-jaunâtre, épais, nacré et très fétide, qui se reforme incessamment. Sur la bordure du poignet, qui est tuméfiée, existe un petit placard rouge, qui rappelle en tous points l'eczéma suintant. La douleur se manifeste sous forme d'une cuisson intense; elle est constante, elle s'exaspère la nuit et empêche la malade de dormir.

Ajoutons que le traitement par la suggestion à l'état de veille, essayé par M. Pitres, n'a rien donné au sujet de notre lésion, et que les diverses tentatives qu'il a faites pour endormir la malade ont échoué.

Son médecin, M. le docteur Blanc-Fontenille, nous apprend tout récemment que l'eczéma persiste, ainsi que la contracture, limité sur le dos de la main gauche sur une longueur de 6 centimètres environ. L'hémianesthésie droite persiste également, ainsi que des troubles hystériques d'ordre psychique particuliers. Mais un fait nouveau est survenu ; il y a un mois, à la suite d'un coup de pied de cheval reçu sur la main droite n'ayant pas donné lieu à la moindre érosion, il est apparu une lésion cutanée absolument identique à la première. Cette lésion s'étend sur tout le dos de la main et remonte jusqu'au milieu de l'avant-bras. Le derme est à nu, rouge, avec un léger état papillomateux, il suinte un liquide gommeux et fétide.

Certes les cas sont trop peu nombreux, pour que nous prétendions faire une description classique de cette affection eczémateuse, mais il nous paraît que dans l'ensemble elle présente des caractères assez tranchés pour être distingués des formes ordinaires de l'eczéma.

Et d'abord les observations jusqu'ici publiées ont toutes porté sur des femmes, sans doute à cause de la fréquence de l'hystérie dans ce sexe. L'aspect morphologique présente avec l'eczéma les plus étroites ressemblances mais tout l'ensemble est empreint du cachet de l'hystérie. La lésion est sous la dépendance directe de la névrose. Elle apparaît en même temps que d'autres symptômes hystériques, assez souvent même au niveau d'un membre frappé d'accident nerveux. C'est ainsi que nous voyons dans l'Observation de Leloir l'eczéma survenir au niveau du pied bot ; dans l'Observation de M. Frèche ; dans l'Observation d'Oulmont et Touchard également au niveau du membre contracturé. Sa

distribution est bien particulière aussi : elle est unilatérale (sauf dans le cas de Gauthier), fait capital, comme remarque Fabre, dans la différenciation avec l'eczéma. On voit des phénomènes vaso-moteurs du même ordre coexister avec elle ou lui succéder ; des éruptions papuleuses, des éruptions pemphigoïdes, des sueurs exagérées localisées. Elle est associée aussi avec des troubles nerveux locaux (hyperesthésie constatée dans le cas de Leloir et de M. Frèche). Enfin, cette éruption est très tenace, elle récidive facilement. Dans le cas de Leloir sa disparition coïncide avec celle de la contracture au niveau de laquelle elle s'est établie.

Le cas de Gauthier diffère de tous les autres et formerait un groupe à part. Il suffit de parcourir l'observation pour saisir le lien qui la rattache à la névrose. Sa généralisation survenant à une période critique de l'hystérie, sa coexistence avec des troubles d'ordre analogue, érythème, pemphigus hystériques, sueurs limitées, l'existence des troubles nerveux concomitants ne permettent aucun doute au sujet des relations de cette lésion avec la névrose.

Il nous semble que ce qui caractérise une affection, c'est moins une morphologie particulière qu'un ensemble de caractères généraux. Aussi, nous ne croyons pas que le seul rapprochement morphologique des deux affections suffise pour justifier l'expression d' « eczéma hystérique » admise jusqu'ici. Nous nous rattachons pleinement en ce sens à la façon de voir de M. Frèche qui, dans la présentation de sa malade au Congrès de médecine de Bordeaux, propose l'appellation de « dermite eczématiforme hystérique ». Nous pensons aussi qu'au moment où l'on songe à reviser le groupe de l'eczéma, le moment serait mal venu de le surcharger encore.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic et le pronostic de

cette lésion qui n'entraîne pas de trouble de l'état général.

Nous avons peu de chose à dire sur les modes de traitement. Ils ont tous d'égales chances d'échec. Ce sont les applications d'eau créolinée qui, dans le cas de M. le docteur Frèche, ont donné les meilleurs résultats. Le traitement électrique, le traitement suggestif ont également échoué.

CHAPITRE IV

GANGRÈNES

Non seulement l'hystérie est capable d'engendrer les lésions superficielles que nous venons d'étudier, mais elle peut occasionner des désordres plus graves pouvant intéresser les tissus sous-jacents, les muscles, les os. Ces troubles trophiques ont été très bien étudiés dans la thèse d'Athanassio. Les lésions intéressant le derme doivent seules nous arrêter. Parmi ces dernières, nous laisserons de côté les eschares sacrées qui peuvent se produire chez des hystériques hémiplégiés ou paraplégiés. Elles ont été parfaitement décrites. M. Pitres, dans ses *Leçons cliniques*, en a cité un cas remarquable. Nous ne parlerons pas davantage des lésions gangréneuses que l'on rencontre dans la maladie de Raynaud si fréquemment observée chez les hystériques. Ces lésions ne sauraient rentrer dans notre cadre des éruptions cutanées. Nous nous bornerons à l'étude d'une affection d'ordre spécial, assez rare, peu étudiée. Cette affection est de notion récente, mais nous croyons pouvoir affirmer qu'elle a droit de cité dans la nosographie de l'hystérie.

La rareté des cas livrés à la littérature médicale, leur variété

de forme, de distribution avec prédominance de tel ou tel symptôme dans chaque cas donné ont prêté aux dénominations les plus diverses. C'est ainsi qu'on nous parle de zoster gangréneux (Kaposi : zoster gangrenosus hystericus), d'urticaire gangréneuse (Renaut), de neurotic excoriation (Sangster), de gangrènes multiples de la peau (Doutrelepont, Kopp, Stubenrauch), de gangrènes disséminées et successives (Bayet), pour désigner une affection que nous croyons être la même.

Les observations de ce genre se sont multipliées depuis quelques années. Elles sont assez nombreuses aujourd'hui pour qu'on puisse essayer d'en tracer la symptomatologie. Nous allons successivement les passer en revue, ne retenant que celles qui sont véritablement concluantes ; nous en citerons quatre *in extenso* et c'est sur cette analyse que nous fonderons les caractères généraux de l'affection.

Mais avant de commencer cette analyse qui sera en même temps une manière d'historique de la question, puisque nous suivrons un ordre chronologique, qu'on nous permette de fouiller un peu plus avant et d'exhumer certains exemples célèbres, historiques presque, que nous pouvons faire entrer dans le domaine rétrospectif de nos gangrènes. On connaît l'histoire de saint François d'Assise dont « les mains et les pieds semblent transpercés de gros clous dont la tête ronde et noire était fort visible. »

Bien curieuse est l'observation rapportée par Carré de Montgeron, en 1719, de la demoiselle Coirin qui guérit d'un « cancer au sein » par l'application de la précieuse terre recueillie sur le tombeau du diacre Paris. « Il lui vint une petite ouverture de pourriture au-dessous du sein et de la mamelle gauche ; cette ouverture augmenta de plus en plus, gagnant tout autour du bout du sein et elle le cerna en peu

de jours de façon que le bout du sein tomba en morceau... » Au bout de quinze ans une application d'un peu de terre prise près du sépulcre amena rapidement la guérison. Elle vit en même temps disparaître des phénomènes d'hémiplégie qui la tenaient depuis treize ans.

Le cas d'Anne Augier que rapporte aussi Carré de Montgeron se rapproche énormément du précédent. Paraplégiée depuis vingt et un ans, atteinte d'un « cancer » dans la région mammaire gauche depuis sept ans, il lui suffit d'être transportée sur le tombeau de M. Rousse pour voir cesser ces accidents. « Toutes les écorchures et les plaies sont couvertes d'une peau nouvelle, la miraculée lève au ciel les bras dont l'un avait été immobile depuis deux ans. »

La demoiselle Thibaut guérit de la même façon le 19 juin 1731 d'une hémiplégie droite compliquée d'enflure du ventre, d'œdème des membres et d'ulcérations multiples des aines et du sacrum.

Mais laissons les miracles pour passer à des faits plus précis.

Le cas signalé par Blandin dans la *Gazette des Hôpitaux*, en 1843, est le plus ancien qu'on puisse rapporter aux gangrènes hystériques : il s'agit d'une jeune fille qui fut, à trois reprises et à de longs intervalles, frappée d'une « gangrène spontanée et partielle » du côté gauche. La malade percevait des douleurs aiguës localisées, puis des plaques blanchâtres de la peau apparaissaient qui jaunissaient peu à peu; les phénomènes s'accompagnaient de troubles nerveux hystériques.

Leloir, en 1881, publie l'observation d'une jeune fille de dix-huit ans, hystérique (diagnostic porté par Charcot), qui, pendant trois ans consécutifs, ne passa pas huit jours pour ainsi dire sans présenter des phénomènes de gangrène multiple de la peau.

Ces eschares dont le diamètre atteignait jusqu'à 5 centimètres, siégeaient au niveau de la région parotidienne ou sous-maxillaire, et surtout sur les membres. Leur apparition était annoncée par de violentes douleurs locales ; la peau, à ce niveau, devenait absolument analgésique, puis avec ou sans changement préalable de coloration de la peau, apparaissait une plaque gangréneuse superficielle. Au bout de 15 à 20 jours, l'eschare tombait et sa chute mettait à nu une ulcération dont la cicatrice prenait le caractère d'une traînée chéloïdienne. Pendant ces trois ans la malade jouit d'une santé parfaite. Tous les traitements avaient échoués. Leloir n'osa pas à ce moment se prononcer en faveur d'une lésion hystérique, il se borna à signaler ces « plaques gangréneuses » cutanées, superficielles, en rapport avec une lésion du système nerveux.

Sangster publia la même année l'observation d'une malade hystérique ayant eu plusieurs crises antérieures qui, pendant trois ans, vit apparaître sur divers points du corps une série d'eschares gangréneuses. Les lésions évoluèrent aussi bien sous un appareil plâtré qu'on lui posa au membre supérieur gauche pour déjouer une simulation possible. L'auteur décrit la lésion sous le nom de « Neurotic excoriation of the Skin ».

L'année suivante Neumann présente à la Société de Médecine de Vienne une jeune fille de dix-huit ans, anémiée qui a fait successivement 59 plaques de gangrène superficielle. Ces plaques siégeaient sur des points quelconques du corps, sans rapports avec les territoires nerveux. Leurs dimensions variaient de 2 à 4 centimètres de diamètre. Leur apparition était toujours précédée de la sensation prodromique de brûlure, et la plaque gangréneuse se produisait sur une zone hyperémiée avec transsudation séreuse.

En 1883, Fabre dans son article de l'Hystérie viscérale s'exprime ainsi : « J'ai à vous signaler plus que l'ulcération, un véritable ulcère qui chez une hystérique occupa pendant plusieurs années la partie antérieure de la jambe gauche dans une étendue de 4 à 5 centimètres de long sur 2 centimètres de large, superficiel, présentant l'aspect d'une plaie simple, reposant sur une surface enflammée rebelle à tous les moyens thérapeutiques sans qu'il y eut pour l'expliquer aucune cause locale ou diathésique ; à l'ulcère succéda pendant un certain temps un petit eczéma. Cette malade atteinte d'hystérie avait, en même temps que ce trouble trophique à gauche, des douleurs sur divers points du côté droit. »

Retenons cette coexistence sur le même individu des deux lésions, gangrène et eczéma, se succédant *in situ*.

Doutrelepont en novembre 1885 et Kopp en 1886 publièrent deux observations de gangrène de la peau. Elles sont semblables en ceci : c'est que chez les deux la gangrène se déclara d'emblée, sans formation de bulles ou vésicules, que les plaques étaient multiples et qu'elles laissaient de fortes cicatrices chéloïdiennes. Chez Kopp le mal resta localisé à la région du plexus brachial gauche, et à la racine de la cuisse gauche. La malade de Doutrelepont était une femme profondément hystérique, chez laquelle le mal se généralisa à tout le corps ; le point de départ de l'affection fut un traumatisme insignifiant (piqûre d'épingle au pouce gauche). Elle n'était pas encore guérie lorsqu'il publia l'observation en 1885. Plus tard en 1890 la malade ayant succombé à une affection intercurrente, l'autopsie fut pratiquée et ne donna que des résultats négatifs.

Nous reproduisons plus loin *in extenso* l'observation de Kaposi, parue en 1889, qui nous semble typique.

Gilles de Latourette rapporte le fait suivant, recueilli dans

un hôpital de la Suisse. « Il s'agit d'une jeune fille notoirement hystérique, chez laquelle il se produit de temps à autre, à des places variées, une gangrène spontanée de la peau; lorsque c'est la figure qui en est le siège, il n'y a guère que les couches profondes de l'épiderme qui soient atteintes, par contre lorsque la gangrène se montre aux extrémités, le derme est envahi également; les places atteintes guérissent sans laisser de cicatrices lorsqu'elles se trouvent à la figure, tandis qu'aux extrémités il reste des cicatrices qui deviennent plus ou moins hypertrophiques avec le temps. Cela commence par une rougeur de la peau qui est également plus chaude qu'à l'état normal ; puis les parties centrales pâlissent et la peau devient gangréneuse depuis le centre vers la périphérie; ce ne sont pas les couches superficielles qui meurent les premières. Les phénomènes sont intéressants à étudier étant donné surtout que le processus marche très rapidement. »

En 1890, Renaut, dans la *Médecine moderne*, publie l'observation d'un garçon de café atteint « d'urticaire gangréneuse » c'est à propos de ce cas qu'il donne la pathogénie de l'affection. (Voir plus loin l'observation.)

Presque en même temps, Rothmann (1890), donnait la description d'un cas de gangrène multiple de la peau, en tout semblable aux précédents; il n'y a qu'une différence, c'est que tandis que chez tous les malades des observations précédentes il s'agit de sujets jeunes, dans le cas de Rothmann la malade était une femme de soixante-quatre ans.

L'année suivante (1891), Bayet relate un cas de gangrène disséminée de la peau qu'il rattachait au type du zoster gangréneux hystérique. Ce cas, dit-il, « actuellement me paraît devoir être distrait du groupe du zoster pour se rattacher de plus près aux gangrènes simples et aux groupes des altérations

épidermiques à base veineuse (pemphigus neuroticus, variétés d'épidermolyse.) La même année Kaposi présente à la Société de Dermatologie de Vienne, un enfant sujet à des attaques d'hystérie de forme particulière, et atteint d'un « zoster gangrenosus atypicus ». Le processus de la maladie était toujours le même. Formation sur tout le corps de plaques de gangrènes à forme polycyclique limitées sur les bords par des bulles.

Les cas suivants publiés la même année par Singer, Riehl, Quinquaud, considérés par ces auteurs comme des cas de gangrène d'origine hystérique nous paraissent moins concluants.

Singer a publié un cas de gangrène spontanée d'origine hystérique survenue chez une jeune fille à la suite d'une petite coupure. L'auteur exclut la possibilité de la simulation en raison de l'absence de phénomènes réactionnels au pourtour de la gangrène et de l'apparition d'un « zoster gangréneux. »

La même année Riehl présente à la Société de médecine de Vienne une jeune fille chez laquelle avait été pratiquée l'ablation d'une tumeur; la perte de substance fut comblée à l'aide de la méthode de Thiersh, mais à plusieurs reprises, il se fit de la gangrène à la cicatrice. Comme la malade présentait du rétrécissement du champ visuel, des plaques anesthésiques au niveau du membre où siégeait la lésion, et une zone ovarienne hyperesthésique, Riehl conclut à la nature hystérique de la gangrène.

En France, la même année, Quinquaud décrit un nouveau cas : à la suite d'une explosion de machine à vapeur, un homme est blessé à la main, et à la suite de cet accident, présente sur la main et l'avant-bras des ulcérations avec troubles de la sensibilité. Quinquaud se prononce nettement pour l'origine hystérique de ces lésions.

L'année dernière, Neuberger publie l'observation d'une femme de vingt-six ans, très hystérique, chez laquelle après un traumatisme du médius droit apparut un foyer nécrotique *in situ*. Des lésions analogues apparurent dans le dos, puis sur la poitrine. Les éruptions se déclaraient, en général, la nuit, avec sensation violente de brûlure, apparition de bulles de dimensions variables, à contenu séreux, jaunâtre, qui séchaient plus ou moins vite, en laissant une croûte jaune-verdâtre qui prenait une teinte de plus en plus foncée. Cette croûte était en dépression au-dessous du niveau de la peau. Souvent la croûte n'était pas précédée de l'apparition de bulles. La guérison survint très lentement en laissant après elle une cicatrice chéloïdienne. Le cas de Neuberger se termine par la mort. Le malade fut enlevé inopinément en quelques jours à la suite de vomissements très violents. A l'autopsie, on trouva les lésions de la syringomyélie. Nous verrons plus loin ce que nous devons penser de cette observation.

Ehrl publie aussi un cas de gangrène disséminée de la peau chez une jeune fille de dix-huit ans, et rapporte cette manifestation à l'hystérie; phénomène singulier, la sœur de la malade, âgée de seize ans, avait aussi une éruption cutanée qui présentait des phénomènes analogues.

Féré signale le cas suivant très net : C'est une femme de vingt-trois ans, présentant à la face interne du tibia du côté droit, vers la partie moyenne, une plaque arrondie du diamètre d'une pièce de 50 centimes, d'un blanc mat, qui a l'aspect d'une eschare, et entourée d'un sillon suppurant dont le bord externe est saignant et limité en dehors par la peau saine. La plaque blanche est apparue huit jours auparavant à la suite de douleurs lancinantes extrêmement vives et exactement limitées à ce point. Ces douleurs s'étaient manifestées par accès pendant deux jours; elles s'étaient re-

produites plusieurs fois pendant la nuit intermédiaire et avaient réveillé la malade. Elle portait sur la même jambe, au sommet de l'angle formé par les jumeaux, à la partie supérieure du mollet « une plaque blanchâtre analogue comme forme et comme dimensions à la précédente, mais se confondant insensiblement à la périphérie avec la peau saine. Cette plaque et celle qui a été précédemment décrite rappellent les phases de l'évolution de la gangrène cutanée qui se produit lorsqu'un opérateur maladroit a introduit dans l'épaisseur du derme une injection destinée au tissu cellulaire sous-cutané. » Il existait en même temps une hémianesthésie droite sensitivo-sensorielle, surtout marquée au niveau de la jambe droite, siège de la gangrène ; la malade était sujette à des quintes de toux nerveuse, et à des hématémèses, etc. La lésion mit deux mois à se cicatriser. M. Féré conclut à la nature hystérique de la lésion.

La même année Bayet publie une observation très détaillée que nous reproduisons plus bas *in extenso*. Une brûlure à l'acide sulfurique est ici la cause occasionnelle. Nous ajoutons une observation toute récente parue au commencement de cette année de Stubenrauch. Cette année Max Joseph a publié aussi deux cas. Mais ils ne sauraient rentrer dans notre sujet. Dans le premier il s'agit d'un homme qui présente de la gangrène cutanée de l'avant-bras gauche consécutivement à une brûlure par l'acide sulfurique. Mais il ne présente aucun symptôme d'hystérie pouvant nous intéresser. Dans le deuxième il s'agit bien d'une gangrène, mais on trouve à un moment donné beaucoup d'albumine dans l'urine et A. Frænkel porte le diagnostic de néphrite épithéliale.

Au mois de mai de cette année, Gilles de la Tourette relate dans le *Bulletin Médical* l'observation suivante que nous résumons : Il s'agit d'un homme hystérique avec automa-

tisme ambulatoire, syphilitique, qui a déjà présenté à la face inféro-interne de la cuisse gauche une ulcération de 8 centimètres de longueur sur 4 de largeur, reposant sur un fond d'œdème anesthésique. Fournier a affirmé l'origine non syphilitique de la lésion. A la face antérieure du genou il présente actuellement trois éléments éruptifs, constitués par de petites papules dont la plus large atteint la dimension d'une grosse lentille, séparées par quelques millimètres de peau saine. Au sommet on aperçoit un point central déprimé, ombiliqué, noirâtre, gangréneux. Gilles de la Tourette ne doute pas qu'il s'agisse de gangrène hystérique. Notons ce point curieux c'est que le malade a été guéri par la suggestion à l'état de veille; comme il était profondément convaincu que ses accidents étaient syphilitiques on lui donna une façon de pilules de mica panis pour du protoiodure et il guérit rapidement.

Observation (Renaut).

Jacques T..., vingt-deux ans, d'abord guimpier, puis garçon de cave dans un café, entre pour la première fois dans mon service à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Pothin, nº 42, le 28 août 1886.

Né d'un père alcoolique et d'une mère phtisique.

Il est d'un nervosisme confinant à l'hystérie, bien qu'il ne présente pas les stigmates tout à fait typiques de celle-ci. La moindre émotion morale vive suffit pour provoquer chez cet homme du peuple non seulement la colère mais des crises de larmes. Il n'est pas lui-même entaché d'alcoolisme et n'a eu ni syphilis ni aucun accident vénérien. A l'âge de vingt ans, il contracta dans les Dombes la fièvre palustre. Il entre à l'hôpital pour une deuxième attaque de rhumatisme polyarti-

culaire aigu. La première attaque remonte à trois ans; elle a été violente et a entraîné une incapacité de travail de six mois.

L'attaque actuelle date déjà de quinze jours; elle a débuté par les articulations des cous-de-pied. Ensuite les genoux, les articulations coxo-fémorales, celles des épaules et des coudes ont été envahies. Il existe un léger souffle d'endocardite naissante à la pointe du cœur, une fièvre très élevée (T. R. = 40°). L'état général semble peu satisfaisant. Cependant le rhumatisme guérit après avoir été traité par les moyens ordinaires, laissant une endocardite bien accusée par un souffle de la pointe, systolique, en jet de vapeur et prolongé dans l'aisselle. Le malade était largement entré en convalescence lorsque surgissent, au commencement du mois de décembre, les accidents qui font tout l'intérêt de cette observation.

Le 6 décembre 1886, le malade s'est aperçu qu'il était porteur, un peu au-dessus de l'épine iliaque antéro-postérieure droite, d'une nodosité unique, faisant corps avec la peau, présentant la même mobilité que le derme, et d'une consistance assez ferme, rappelant la cupule d'induration du chancre infectant. Au centre de ce nodule, il se montre bientôt (14 décembre), une plaque de gangrène très superficielle, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, parfaitement ronde et ressemblant absolument à une mouche de taffetas d'Angleterre noir. Tout autour il existe une ligne annulaire blanche, présentant déjà l'aspect cicatriciel, et plus excentriquement une auréole hyperémique peu marquée. Dès qu'on touche un peu fréquemment cette lésion pour l'examiner et qu'on malaxe ainsi quelque peu la peau à son entour, il surgit de nombreuses papules ortiées d'abord hyperémiques, puis à centre exsangue d'un blanc mat. La base de la lésion gangréneuse s'entoure également d'un cercle ortié qui fait croûte pour ainsi dire sous l'œil de l'observateur avec le nodule d'induration sur lequel elle repose.

La malaxation de la peau sur un point quelconque du tégument fait d'ailleurs surgir de nombreuses papules d'urticaire type. On

constate, en outre, que le malade atteint d'acné polymorphe, a partout la peau douce, luisante et comme frottée d'huile, à la façon de celle du nègre, tachant aisément le papier à cigarettes, comme un hystérique stigmatisable et qu'enfin le malade est un *autographique*. Or, cet homme porte en plusieurs points du corps des chéloïdes ou des cicatrices toutes arrondies. Et de suite, il dit que ce sont là des traces d'anciennes lésions gangréneuses, développées successivement de la même façon que celle dont il est actuellement porteur. Trois de ces chéloïdes siègent sur l'épaule droite; une sur la face antérieure de l'avant-bras droit. Celle-ci est la première en date, survenue il y a trois ans, pendant la convalescence de son attaque d'impaludisme. Depuis lors, les petites lésions gangréneuses se sont succédées, survenant presque périodiquement tous les trois ou quatre mois. Les cicatrices se voient sur la face dorsale du pied droit, au-dessus du genou droit, sur la cuisse droite, au-dessous du pli inguinal; il en existe trois sur la face antérieure et supérieure de la cuisse gauche. presque toutes ces cicatrices sont chéloïdiennes, quelques-unes seulement sont arrondies, déprimées, gaufrées de plis radiés comme celles consécutives aux anciens cautères entretenus. Aucune cicatrice, chéloïdienne ou non, n'est douloureuse.

L'eschare de la petite gangrène apparue le 8 décembre, tombe le 28 du même mois, découvrant une dépression peu profonde à bords irréguliers. Le petit ulcère atone guérit lentement. Le 27 décembre, on constate une péricardite légère. Le malade sort, le 26 février 1887, en bon état relatif, avec la lésion cicatrisée, le lieu de l'ulcération restant marqué par une cicatrice rosée, un peu exubérante, en voie déjà de transformation chéloïdienne.

Il rentre dans le service au mois de février 1888, pour une attaque légère de rhumatisme polyarticulaire aigu. L'endocardite mitrale, contractée l'an passé, s'est accusée et l'on constate à la pointe un souffle systolique râpeux. La péricardite a laissé comme trace un bruit bissaccadé de la base, prédominant au second temps. L'évolution

de l'attaque rhumatismale est, cette fois-ci, courte et se termine en quelques jours. Pendant la convalescence, le malade nous annonce, le 25 février, qu'une de ces lésions gangréneuses va se développer au niveau du creux poplité droit, et nous pouvons de la sorte assister à toute l'évolution du processus nécrotique.

Tout d'abord, le creux poplité est devenu le siège d'une poussée d'urticaire intense, très différente des éruptions de papules ortiées, qui presque quotidiennement se produisent chez le sujet à l'occasion de la moindre irritation ou grattage de la peau. Le prurit est vif et motive des frictions réitérées de la peau du malade. Bientôt, l'une des *papules ortiées devient persistante*, et fait place à une petite papule rosée, point du tout hémorrhagique, dont l'hyperémie s'efface complètement sous le doigt ou par la tension de la peau. Elle est assez douloureuse à la pression, forme une légère nouure œdémateuse dans le derme. Elle peut être couverte par une pièce de 20 centimes d'argent. Examiné à la loupe, l'épiderme est lisse et continu à la surface de cette élevure.

Deux jours après (27 février), la papule est devenue plus sombre à son centre. A côté de l'élément congestif, il y a maintenant un élément purpurique. En anémiant mécaniquement la peau, on fait pâlir la lésion, mais on ne peut plus faire disparaître complètement la coloration rouge. De plus, au centre de la papule, on voit une petite tache noire, large comme une tête d'épingle, séparée de la zone rouge qui l'entoure par un sillon circulaire dont les bords sont diminués par une collerette épidermique desquamante minuscule.

Du 27 février au 2 mars, la petite plaque gangréneuse s'élargit de plus en plus. Le 2 mars elle a à peu près 3 millimètres de diamètre : c'est une des plus petites lésions gangréneuses qui aient évolué sur le malade. Cinq à six jours après, s'opère la chute de l'eschare ; celle-ci est mince et pelliculaire comme une mouche de taffetas. La cicatrice, rosée d'abord, a donné naissance à une petite chéloïde.

J'ai revu depuis lors le malade deux fois. Il m'a raconté que, tous

les trois mois environ, il lui revient une nouvelle poussée de plaques ortiées persistantes, dont une seule toujours devient gangréneuse. A part cela, l'état général est assez satisfaisant. L'insuffisance mitrale dont le malade est porteur est parfaitement compensée, et paraît devoir rester telle encore longtemps.

Observation (Kaposi)

Marie C..., quinze ans, domestique.

Histoire de la maladie. — *En juin 1887*, apparut au dire de la malade, sur sa joue gauche, une vésicule de la largeur d'une pièce de 2 francs. Sur le conseil d'une femme elle applique sur cette vésicule une « forte pommade », d'où s'ensuivit une gangrène étendue de la peau tout entière. Elle entre à la Clinique le 26 juin, on enlève les croûtes, et la patiente quitte l'hôpital le 16 août avec une plaie encore bourgeonnante. En mars 1888, la cicatrice fut excisée par un chirurgien qui fit l'autoplastie.

Etat actuel. — *Le 14 février 1889*, elle entre à cause d'une éruption survenue au coude gauche depuis quatorze jours. On voit au niveau du coude gauche une perte de substance large d'environ 1 cent. 1/2, ayant transversalement 5 cent. 1/2, se prolongeant de chaque côté sur le bord cubital et sur le bord radial, et dont le fond est rempli en partie par des granulations rouges. Non loin de la perte de substance précédemment décrite, on remarque une vingtaine de croûtes et de vésicules, tout au plus de la grosseur d'un grain de pavot, les unes disséminées, les autres réunies en groupe. Dans le voisinage immédiat de la perte de substance, il existe trois vésicules de la grosseur d'un pois, qui sont desséchées ; et au fond de la grosse perte de substance, on constate d'autres petites ulcérations de dimensions variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois, de

sorte que la grande perte de substance semble être le résultat de l'agrégation des plus petites.

La malade est pâle, ses organes et ses fonctions sont normaux, sauf une hémianesthésie et une hémianalgésie totales du côté gauche; on peut enfoncer une épingle dans toute l'épaisseur de la peau, sans que la malade accuse aucune douleur.

Pas de maladies nerveuses, ni de maladies de la peau analogues, dans sa famille.

A cinq ans, elle a eu une otite grave du côté gauche avec gonflement des ganglions correspondants et fièvre, otite suivie d'une otorrhée qui a persisté pendant trois ans, et a déterminé de ce côté une surdité complète.

A douze ans révolus elle a eu ses premières règles, qui depuis cette époque ont toujours été régulières.

On ne remarque chez cette malade aucun point douloureux, et les ovaires ne sont pas sensibles à la pression. La malade réagit lentement au contact léger du côté, elle ne réagit pas du tout du côté gauche, les piqûres rapidement senties à droite, ne le sont nullement à gauche ; les réflexes sont obtenus rapidement à droite, tandis qu'à gauche les réflexes plantaire et abdominal sont supprimés, le réflexe oculo-palpébral, normal à droite, est diminué à gauche, il en est de même pour le réflexe nasal ; quant au réflexe rotulien il est très vif des deux côtés. L'excitation de la peau avec le pinceau faradique n'est pas ressentie douloureusement du côté gauche, même avec un courant fort. Le sens musculaire est supprimé également à gauche ; les yeux fermés, la patiente ne peut pas dire quelles sont les positions dans lesquelles on place sa jambe gauche ou son bras gauche, elle ne peut pas affirmer si sa main gauche est fermée ou ouverte, et elle ne reconnaît pas la pression des poids qu'on applique sur cette main.

C'est ainsi qu'elle ne peut pas, les yeux fermés distinguer 10 grammes de 50 grammes. L'examen du champ visuel donne à gauche un rétrécissement concentrique très net pour le rouge (15 degrés) moins

pour le bleu (28 degrés) et moins encore pour le blanc. A droite, champ visuel normal. Il n'existe pas de paralysie, ni de contracture. En ce qui concerne l'anesthésie et l'analgésie de la peau, la malade affirme qu'elles se sont installées depuis l'apparition de l'éruption au bras gauche; ce qu'il y a de certain, c'est que pendant son séjour à la Clinique en 1887, du 26 juillet au 16 août, on a constaté que la plaie à la joue gauche était douloureuse, et que lors de l'autoplastie, en avril 1888, elle a tout senti malgré une injection de cocaïne.

Les jours suivants on a remarqué à la faradisation et par places un retour de la sensibilité de la peau, mais cependant à un faible degré. Les petites croûtes sont tombées et au niveau de la grande ulcération s'est formée une cicatrice hypertrophique, avant la complète cicatrisation de laquelle la patiente a quitté l'hôpital le 8 mars 1889.

Kaposi ne doute pas que les accidents observés en 1887 sur la joue gauche aient été de même nature que l'affection actuelle. Une enquête faite par Kaposi tend à prouver que la « forte pommade » n'était autre qu'une pommade au sulfate de cuivre, mais à dose beaucoup trop faible pour déterminer des accidents aussi graves qu'elle en éprouva. La pommade, croit-il, aurait été la cause occasionnelle, purement suggestive.

Kaposi prétend aussi qu'au sujet de l'éruption du coude, il faut exclure l'idée d'une brûlure artificielle, produite par l'application d'une pommade, parce que la lésion a commencé *par les couches profondes de la peau*, comme le prouvent les vésicules qui ont précédé l'escharification.

Observation (Bayet).

Notre malade, âgé de dix-neuf ans, est un homme bien bâti, au teint brun, coloré. Il exerce la profession de garçon droguiste.

Antécédents héréditaires. — La mère a eu seize enfants, dont sept morts en bas âge.

Antécédents personnels. — Il n'a jamais été malade, n'a pas eu de convulsions dans son enfance, n'a jamais eu de syphilis. La seule chose dont il se plaint est un certain état de nervosité, qui se traduit par un spasme spécial, survenant une heure après le repas, le spasme consiste dans un brusque mouvement de recul.

Histoire de la maladie. — Il y a deux mois, en manipulant de l'acide sulfurique il s'est fait une brûlure à la face antérieure de l'avant-bras gauche, un peu au-dessus du poignet. Cette brûlure, produite par une goutte du liquide corrosif était superficielle, mais elle donna lieu à un écoulement de sang assez abondant et provoqua de vives douleurs. Elle guérit du reste en douze jours.

Deux jours après cette brûlure apparurent, au niveau de la face externe du pouce, des plaques recouvertes d'une croûte sèche; cette croûte tomba bientôt laissant à nu une ulcération qui mit deux mois à se cicatriser. Pendant les neuf jours qui suivirent l'apparition des eschares, le malade vit se produire, sur l'avant-bras gauche, vingt et une ulcérations, en général arrondies, grandes comme une pièce de 1 franc, mais dont quelques-unes allongées avaient jusqu'à 5 centimètres de long. Ces plaies furent soumises à un traitement indifférent, et c'est dans cet état que le malade nous arriva à l'hôpital.

État actuel. — Toutes ces ulcérations se trouvaient sur des points de la peau qui n'avaient pas été en contact avec l'acide. Sur l'avant-bras et sur la main, on observe tous les stades de l'évolution du mal. Il existe environ une vingtaine d'endroits malades, les uns de formation récente, les autres déjà cicatrisés.

Une plaque toute récente, siégeant sous l'annulaire nous présente le premier stade de l'évolution du mal. Elle a la grandeur d'une pièce de 2 centimes, à grand axe allongé dans le sens du doigt. C'est une eschare brunâtre, peu épaisse, à bords très nettement découpés. Elle est sèche, sans odeur, sans aréole inflammatoire au pourtour. Cette

eschare très superficielle, paraît épidermique ou n'intéresse, tout au plus, que la couche papillaire du derme.

A d'autres endroits, l'eschare est tombée et l'ulcère est à nu, des granulations s'établissent dans le fond, et la cicatrisation se produit, après un temps variable, mais cependant relativement long.

D'autres places sont occupées par des taches fortement pigmentées, résidus du processus de réparation, dont la couche épidermo-papillaire a été le siège. Ce ne sont pas de véritables cicatrices. A quelques endroits, il s'est produit une cicatrice vraie très superficielle, mais dans beaucoup d'autres, ce qui persiste à la place de l'ulcère, n'est qu'une simple hyperpigmentation aisément constatable.

Enfin, la réparation de ces pertes de substance est souvent entravée par certains phénomènes spéciaux : sur ces régions hyperpigmentées se produisent brusquement des bulles séro-sanguinolentes, analogues aux bulles du pemphigus ; quand on les crève, on met à nu une surface saignante et fongueuse. La cicatrice qui en résulte prend très souvent l'aspect d'une traînée chéloïdienne.

La peau qui sépare les divers ulcères est absolument saine et a son aspect habituel. Pas d'autographisme.

Les phénomènes subjectifs qui accompagnent l'apparition et le développement de ces ulcérations sont assez intenses : deux jours avant la production du placard, le malade ressent, à l'endroit où il doit apparaître, une sensation de brûlure, de picotements et de lançures. Ces phénomènes subjectifs persistent pendant toute la durée de l'évolution du mal. Du côté de la sensibilité générale, rien d'anormal. La sensibilité à la douleur, à la pression, à la température, est intacte. On constate de l'insensibilité cornéenne à gauche et de l'anesthésie pharyngienne profonde.

L'examen électrique donne les résultats suivants :

Hyperesthésie de tout le bras gauche pour le courant continu et pour le courant faradique. Au niveau des plaques gangréneuses, la sensibilité est normale, sauf sur deux d'entre elles où il y a anesthésie

pour les deux courants. Les réactions électriques de tous les muscles et de tous les nerfs sont normales. La résistance au courant donne : du sternum à la base de la nuque, 4,000 ohms; du sternum à la paume de la main gauche, 3,700 ohms; du sternum à la paume de la main droite, 3,000 ohms.

Ces résistances sont normales; l'essai a été fait avec deux électrodes de 3 centimètres de côté et une tension de 10 volts.

Dans les quinze jours qui suivirent l'examen, il ne se forma pas de nouvelles plaques, mais les cicatrices furent le siège d'ulcérations profondes. Elles se couvrirent de phlyctènes sanguinolentes, parfois cependant remplies d'un liquide translucide. Puis une certaine amélioration se produisit, les phlyctènes cessaient d'apparaître, quand, après quelques jours, le malade ressentit de vives douleurs. Ce fut le signal d'une recrudescence et de l'apparition de nouvelles ulcérations au niveau de la région supérieure de l'avant-bras et de la partie inférieure du bras. La formation des ulcères se fit graduellement en gagnant vers le haut, et, au moment où nous avons perdu de vue le malade, il accusait de vives douleurs au niveau de l'articulation scapulo-humérale. J'ai appris depuis qu'aucune amélioration n'était survenue dans l'état du malade et que les ulcérations avaient continué à s'établir.

Voulant me rendre compte de la nature du mal, je fis le 26 octobre l'expérience suivante : j'appliquai une petite rondelle de sparadrap de Vigo sur la partie interne et supérieure de l'avant-bras, là où la peau était saine et je recommandai avec persistance au malade de ne pas y toucher. Deux jours après, j'enlevai la rondelle et rien ne s'était produit.

Le 3 novembre (huit jours après l'application de l'emplâtre), le malade ressentit à ce niveau des douleurs et les sensations habituelles de picotements et de brûlure qui précédaient l'apparition des ulcères. A midi, la peau à ce niveau était normale; vers trois heures de l'après-dîner se montra à la face interne et supérieure de l'avant-bras, une

zone érythémateuse et il se forma au niveau de l'endroit où avait été appliquée la rondelle de Vigo, une eschare allongée de 4 cent. 1/2 de long sur 1 cent. 1/2 de largeur et présentant l'aspect jaune-brunâtre habituel des eschares.

Mais j'eus l'occasion d'être témoin de l'apparition d'une de ces plaques escharotiques qui se forma en quelque sorte sous mes yeux. J'ai pu noter minute par minute la production du phénomène et je vais en donner la relation détaillée.

Le 3 novembre, le malade arrivé à l'hôpital se plaignit d'une vive douleur datant de la veille et siégeant à la partie interne et inférieure du biceps. Cette douleur s'exagérait à la pression. La peau à ce niveau était absolument normale. Pendant que le malade attendait qu'on lui fît son pansement, les douleurs s'accentuèrent à ce niveau et l'endroit douloureux devint le siège d'un piqueté rougeâtre. Ce piqueté, analysé de plus près, à la loupe, était formé par une petite lamelle épidermique brillante, de coloration rouge. Autour, une zone d'injection violacée. Tout autour de la plaque on apercevait une série de petits points brillants blancs, analogues, sauf la couleur, à ceux qui formaient la plaque; ces points ressemblaient absolument aux lamelles épidermiques consécutives à la guérison du lichen plan.

Au bout de vingt minutes, toute la plaque était vascularisée. Quelques points blancs situés au pourtour prenaient une coloration rouge.

Quarante-cinq minutes après le début du phénomène, les symptômes douloureux augmentent encore et une nouvelle plaque se forme de la même manière dans le prolongement inférieur de la première. Les petits points nécrosés de la plaque du bras augmentent un peu d'étendue.

La pression du nerf médian, au-dessus de la plaque éveille de vives douleurs sur le point comprimé et tout le long du trajet du nerf.

Le lendemain, le malade revient, la plaque est limitée, très superfi-

cielle; elle est maintenant le siège d'un piqueté hémorrhagique siégeant aux points où l'épiderme était altéré.

Nous avons assisté, à deux reprises, à l'apparition de ces plaques. Celles-ci n'ont pas eu une évolution complète et la nécrose n'a pas envahi toute la plaque.

Cela s'était produit déjà à diverses reprises; quand, au contraire, la nécrose survenait, elle se produisait deux jours seulement après l'apparition du piqueté hémorrhagique.

Observation (Stubenrauch).

Femme, vingt ans, anémique.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de carcinome de l'estomac. Père bien portant. Une sœur morte phtisique; un frère bien portant.

Antécédents personnels. — Pas de maladies antérieures. Ne paraît jamais avoir eu de maladies de peau. Les règles lui sont apparues à onze ans, irrégulières jusqu'à quinze ans. De dix-sept à dix-neuf ans elle fut aussi mal réglée, et en mai 1894 ses règles cessèrent complètement jusqu'à la fin décembre de la même année. Depuis elles sont revenues régulières; durée de trois à quatre jours.

Histoire de la maladie. — Depuis l'âge de onze ans, elle présentait par intervalle des troubles nerveux tels que surdité et picotements de la peau du bras et de la jambe gauches. Ces troubles étaient passagers. Pas de syphilis; aucun stigmate sur la peau.

Le 7 septembre 1894, la malade prétend s'être rentré, deux jours auparavant, le crochet d'une aiguille à tricoter dans la partie dorsale du poignet gauche. Une douleur fixe existe au niveau de l'apophyse styloïde du radius en un point qui nous présente les caractères d'une piqûre. La palpation n'indique pas la présence d'un corps étranger que

nous signale seule l'aiguille astatique. Incision de 1 centimètre intéressant la peau et le tissu cellulaire. Un petit morceau d'acier (crochet d'aiguille) en est retiré. On panse seulement à la gaze stérilisée.

Le 10 septembre 1894, la blessure ne présente pas de réaction inflammatoire. Au fond de la plaie on aperçoit des bourgeons charnus de très bon aspect. Pansement au bismuth.

Le 13 septembre 1894, la malade se plaint d'une cuisson violente au niveau de sa blessure. La blessure est propre, sans réaction inflammatoire. Pansement à la gaze.

Le 14 septembre, la malade accuse une violente douleur au niveau de sa blessure. On ne trouve plus trace de cette dernière. A sa place on trouve une croûte adhérente brun foncé, dimension d'une pièce de 10 pfennigs (un peu plus petit qu'une pièce de 5 centimes). Tout autour on note une rougeur inflammatoire de la peau. La douleur se calme peu à peu et disparaît au bout de trois jours.

Le 21 septembre, la croûte est tombée. Pansement au sublimé. La guérison est définitive après six semaines avec cicatrice chéloïdienne.

Dans la nuit du *28 au 29 septembre 1894*, la malade ressent une brûlure violente au niveau de la joue gauche. En même temps, la peau devient très rouge, les douleurs augmentent, puis apparaissent discrètes ou confluentes des vésicules, petites et grandes, remplies d'une sérosité jaunâtre, qui ne tardent pas à crever. Elles laissent des croûtes jaunes qui brunissent rapidement.

Le 29 septembre, nous constatons sur sa joue de nombreuses croûtes, de la grandeur d'une lentille à un petit pois, de couleur brun foncé. Elles siègent surtout au niveau du bord inférieur de la mâchoire inférieure; à côté, nous voyons des vésicules bien conservées, discrètes ou confluentes, pleines d'une sérosité jaunâtre. Pansement à la gaze et à la ouate stérilisées. Comme nous soupçonnons quelque supercherie de la part de la malade, nous avons soin de dissimuler de petites croix colorées à l'entrecroisement des bandes.

Le 30 septembre, le pansement est intact et nous remarquons net-

tement l'apparition de nouvelles vésicules, à côté de l'éruption primitive, accompagnée du même cortège de symptômes subjectifs et objectifs. La guérison s'effectue en six jours.

Dans la nuit du *6 au 7 octobre 1894* une nouvelle éruption se déclare, avec sensation violente de brûlure, cette fois au-dessus de la mamelle gauche.

Prodromes habituels : Cuisson, brûlure violente, rougeur diffuse, vésicules. Cette fois, elles sont agglomérées en très grand nombre sur une étendue de la grandeur d'une main d'enfant. Elles crèvent et laissent une large croûte.

Le 7 octobre, nous trouvons une large croûte épaisse de 6 centimètres de diamètre, à pourtour très dentelé, et dont les bords sont en dépression par rapport à la peau qui la limite. Tout autour existe une zone légèrement rouge sur laquelle siègent un grand nombre de petites excoriations — la malade accuse une aiguille qu'elle prétend s'être rentrée en avril 1894 dans l'éminence thénar de la main gauche (?) — L'épaisseur de la croûte ne permet d'explorer par le palper, et les renseignements de l'aiguille astatique ne peuvent être interprétés rigoureusement en faveur d'un corps étranger, à cause des mouvements de la cage thoracique pendant la respiration; on attend que la croûte tombe.

Le 12 octobre, la croûte est tombée, le palper révèle une petite résistance à l'endroit soupçonné. Une incision de 1 centimètre nous donne un morceau d'aiguille complètement rouillé. Pansement à la gaze et à la ouate stérilisées. Les excoriations provenant de petites vésicules guérissent rapidement. La guérison de la grosse lésion ne s'effectue qu'après deux mois.

Les mêmes phénomènes se reproduisent encore sept fois. C'est ainsi que dans la nuit du 7 au 8 novembre, après une violente sensation de brûlure, apparaît un îlot de vésicules au-dessus et tout près du mamelon gauche, laissant une croûte de 3 cent. 1/2 de diamètre.

Une autre éruption d'une grosseur de 5 marks (un peu plus grand

qu'une pièce de 5 francs), siège au milieu de la face antérieure de l'avant-bras gauche. Ces deux dernières sont guéries à la fin de l'année et ont laissé une cicatrice chéloïdienne.

Le 13 et le 14 novembre, il se forme à côté de bulles très nombreuses des foyers de gangrène à l'endroit de la poitrine gauche qui a déjà été intéressé.

En janvier 1895, il se forme en plusieurs fois des eschares plus petites, de la grandeur d'un haricot dans le sein même des cicatrices chéloïdiennes. Elles laissent après leur chute une ulcération à marche torpide.

Le 21 novembre 1894, la malade a perdu la voix et ne l'a recouvrée que le 31 décembre 1894. L'analyse de l'urine ne donne rien d'anormal. L'exploration de la sensibilité ne donne rien de particulier.

En résumé, il s'agit d'une fille de vingt ans, hystérique, qui dans l'espace de quatre mois a fait successivement dix poussées d'une éruption dont les caractères étaient toujours uniformes sans prédilection pour tel ou tel territoire nerveux ; deux fois les phénomènes ont fait suite à un traumatisme douloureux (piqûre), on a retrouvé le corps étranger au poignet et au-dessus de la mamelle. Ils surviennent dans la succession suivante : début le plus souvent la nuit, la malade éprouve une violente sensation de brûlure qui va en augmentant et localisée à la partie qui sera le siège de l'éruption. Pas d'augmentation de température ; bientôt apparaissent des vésicules de grandeur variable, le plus souvent confluentes ; une ou deux atteignent des dimensions d'énorme bulle. Stubenrauch dit avoir observé la marche suivante : Une fois que la bulle est arrivée à son état complet de développement, le fond subit une transformation. A travers la sérosité claire on peut très bien se rendre compte qu'au bout d'un certain temps (de 1 à 4 heures) le fond d'abord mat, se colore, devient rouge-jaune, puis complètement rouge, ce qui donne l'illusion d'un contenu sanguinolent.

Les grandes bulles éclatent en général, alors le fond se dessèche rapidement, se colore vite en brun foncé. Les petites bulles sèchent ou éclatent en laissant de petites excoriations, de petites croûtelles. En général, il se forme pendant chaque attaque une grande croûte qui paraît enfoncée au-dessous du niveau de la peau. Son épaisseur varie. Elle tombe au bout de six à dix jours, après avoir été ramollie par une zone d'inflammation de la peau qui la borde. La chute de cette eschare met à nu une ulcération qui met longtemps à se combler et donne une cicatrice chéloïdienne.

Les sujets atteints sont en général de jeunes personnes hystériques du sexe féminin. Leur état général n'est nullement compromis par l'affection qui nous intéresse. On ne note jamais de fièvre. Comme dans le pemphigus, la lésion peut apparaître sur tous les points de la surface du corps, sans prédilection pour tel ou tel territoire nerveux. Peut-être cependant certaines régions comme le sein, siège fréquent d'une zone hystérogène (cas de la demoiselle Coirin, d'Anne Augier, de la malade de Stubenrauch, etc.), sont-elles plus fréquemment atteintes. On devine une relation avec le « sein hystérique ». L'éruption reconnaît assez souvent une cause occasionnelle, brûlure, piqûre, coupure, qui est le point de départ de l'apparition *in situ* ou en tel autre point des téguments des lésions qui nous occupent. Celles-ci apparaissent souvent la nuit et sont annoncées plusieurs heures, et même dans certains cas plusieurs jours à l'avance, par des douleurs localisées à l'endroit de l'éruption future avec des irradiations dans le voisinage. Elles vont en s'accentuant et passent de la simple hyperesthésie à la sensation de cuisson, de brûlure, de lançure violente. Elles disparaissent au moment où l'éruption se manifeste. En ce point on voit apparaître, limité à

l'emplacement de la future plaque de gangrène, une zone d'hyperémie, quelquefois une véritable urticaire, accompagnée souvent de transsudation séreuse, indice d'une altération vaso-motrice. Renaut et Bayet ont noté l'apparition d'un léger piqueté hémorrhagique qui a pu passer inaperçu dans les autres cas. Sur une partie de cette zone apparaît un point gangréneux qui s'étend graduellement jusqu'aux limites définitives. Celles-ci sont de dimensions variables, de 4 à 5 centimètres en moyenne. Cette eschare est en général jaune-brunâtre, quelquefois blanchâtre, elle est superficielle; rarement le derme est profondément atteint; elle fait une légère saillie, mais dans certains cas elle forme une dépression surtout sur les bords. Ce processus gangréneux est indépendant de la formation de la bulle, bien que la gangrène succède assez souvent à cette dernière. Dans ce cas elle s'ombilique, devient noirâtre et la gangrène s'établit. Cette plaque se modifie, prend une teinte plus foncée, devient verdâtre, noirâtre et donne lieu finalement à une véritable eschare avec sillon d'élimination. Elle tombe au bout de deux semaines en moyenne et laisse à nu une ulcération bourgeonnante dont la réparation est lente en général. Le processus de la réparation comme celui de la formation de l'eschare peut être entravé de formations épidermolytiques. Elle donne une cicatrice chéloïdienne, à moins que l'eschare ait été presque exclusivement épidermique. L'épiderme s'est régénéré, mais plus mince, moins résistant, avec une pigmentation foncée. Il peut être l'origine *in situ* des récidives qui sont fréquentes dans cette affection comme dans le pemphigus. On a pu (Bayet) reproduire ces lésions expérimentalement pour ainsi dire. Huit jours après l'application d'un sparadrap qui avait été maintenu quarante-huit heures en place, on pouvait noter l'apparition de tous les phénomènes précédemment décrits (Voir l'observation de Bayet).

Le diagnostic s'appuiera sur les caractères précédents : la coexistence de ces gangrènes chez une hystérique avec un bon état général, leur distribution disséminée, leurs prodromes locaux douloureux, leur ténacité, leur récidive — nous savons combien sont permanents les stigmates de l'hystérie — la formation d'une cicatrice chéloïdienne, en font une affection parfaitement tranchée.

On ne saurait la confondre avec l'herpès gangréneux, l'absence d'unilatéralité, l'irrégularité de sa distribution sans rapport avec un territoire nerveux, la fréquence de la récidive l'en distinguent suffisamment.

Il faudra se garder aussi de la confondre avec les gangrènes relevant d'une lésion du système nerveux central ou périphérique. C'est ainsi que le cas de Neuberger est infirmé par la découverte à l'autopsie de lésions de syringomyélie. Elle a cependant en sa faveur l'installation rapide des lésions qui a l'allure d'un phénomène hystérique. Cette différenciation avec la syringomyélie a son importance. On sait que cette maladie embrasse une période de plusieurs années. C'est un premier caractère sur lequel on se fondera pour établir la distinction. Mais on la cherchera surtout dans l'ensemble symptomatologique, dans les manifestations du côté de la colonne vertébrale, dans les troubles de la sensibilité différents dans les deux affections. Cependant la coexistence de phénomènes nerveux hystériformes greffés sur la syringomyélie ou telle autre maladie nerveuse organique pourrait rendre dans certains cas le diagnostic très délicat.

Il faut distraire également de notre groupe tous les cas qui pourraient se rapporter à des troubles profonds de la nutrition. C'est le cas de la malade de Max Joseph qui présentait en même temps une néphrite parenchymateuse.

Une objection à laquelle on ne manque pas d'être en butte est celle de la simulation possible. C'est que plusieurs cas ont été publiés où chez des hystériques dont l'état mental était plus ou moins suspect, certaines lésions, d'abord considérées comme troubles trophiques, étaient dues à des mutilations. Ces dernières sont d'autant plus faciles que les malades en question sont le plus souvent analgésiques. Strümpell, Sick, Calcot Fox, Forstner, Krecke en ont publié des exemples ; les malades employaient tel moyen qu'on supposera, mécanique (grattage avec les ongles, frottement) ou chimique (potasse caustique, acide sulfurique). Si vraiment l'aspect clinique ne permet pas d'éliminer d'emblée cette supposition, rien n'empêche d'user du procédé de Sangster par exemple, d'un appareil plâtré protecteur. De pareils faits ont alors la valeur d'une véritable expérience.

Nous savons que l'affection n'entraîne aucun danger pour la malade, mais nous connaissons sa ténacité, sa prédisposition à la récidive qui peuvent constituer de grands inconvénients.

Il n'existe point de traitement particulier de la lésion : on fera de l'antisepsie en attendant. Nous ne doutons pas qu'une forte suggestion (un voyage à Lourdes pour un croyant) ne puisse de nos jours encore amener une guérison miraculeuse analogue à celle de la demoiselle Coirin, mais nous sommes moins sûr qu'elle puisse mettre à l'abri de la récidive.

CHAPITRE V

Physiologie pathologique.

On a pu remarquer, au cours de cette étude, que toutes ces affections présentaient beaucoup de caractères communs et comme un « air de famille ». Si la plupart des manifestations de l'hystérie lui sont communes avec d'autres maladies, elle imprime du moins fortement son sceau à chacune des siennes. « L'hystérie n'a pas de langue qui lui soit propre, mais elle parle diverses langues avec son accent » a dit Fabre. La coïncidence de lésions parfois étendues avec un bon état général, leur distribution indépendante de l'anatomie nerveuse, leur association avec un paroxysme de la névrose, leur ténacité, la fréquence de leur récidive ont la valeur d'une signature. Nous savons de plus que la coexistence ou la succession de ces diverses lésions sur un même sujet a été souvent notée. C'est que tous ces phénomènes reconnaissent une même cause, relèvent d'un même processus. Nous ne nous attarderons pas à rappeler toutes les théories connues, nous nous rangeons, avec MM. Barthélemy, Gilles de la Tourette, à la théorie de Renaut, qui rend le

mieux compte du phénomène. Elle invoque la vaso-dilatation artérielle. Mais écoutons Renaut lui-même :

« Quand on trace une ligne sur la peau, avec l'ongle ou un crayon mousse, ce n'est pas une simple « raie méningitique » qui surgit; c'est un large ruban rose qui, en même temps qu'il s'élargit par sa périphérie, devient par son centre œdémateux et ortié. La raie tracée sur la peau devient bientôt saillante, et fait relief sur le tégument par œdème rapide du derme. Puis le liquide de cet œdème, emprisonné dans les mailles inextensibles du derme, comprime les vaisseaux qui lui ont donné naissance, et l'axe de la raie devient le siège de ce que j'ai appelé « l'œdème anémique », tandis qu'à droite et à gauche continuent à se produire des nuages congestifs. Cette sorte d'urticaire traumatique est prurigineuse et suscite à distance des papules ortiées. Quand, à la longue, elle s'est effacée, on peut la faire apparaître le lendemain par une simple friction légère de la peau. Il y a même des jours où une raie tracée avec l'ongle ou un bout d'allumette détermine un œdème congestif si intense au point touché, que la diapédèse intense qui en résulte donne lieu à une *hémorrhagie élective*. Avec les globules blancs il en passe un grand nombre de rouges, et quand l'œdème congestif, puis anémique, se sont effacés, on trouve à la place de la raie rose devenue blanche une raie ecchymotique. La *stigmatisation* est alors complète.

» Nous savons très bien actuellement ce qui se passe lors de la formation d'une lésion ortiée quelconque. Au début, une paralysie subite des artérioles commandant les cônes vasculaires de la peau ouvre, dans la sphère de distribution de l'artère, une aire en pleine circulation ; le cours du sang se ralentit par insuffisance du débit des veinules qui y correspondent : d'où *la diapédèse large aboutissant à l'œdème*

congestif. Les espaces interfasciculaires du derme étant inextensibles et le liquide de l'œdème exsudé sous pression ne pouvant les déployer pour y prendre place, ce liquide s'y accumule avec une tension croissante autour des vaisseaux. Quand cette tension est devenue égale et de signe contraire à la tension du sang dans les vaisseaux, ceux-ci s'aplatissent et leur lumière s'efface par contrepression, d'où l'*œdème anémique* et l'aspect exsangue du centre de la papule ou de la raie ortiée. Dans ces conditions, on voit même parfois l'épiderme céder à la haute pression intradermique propagée dans tous les sens : d'où l'urticaire bulleuse, qui n'est point rare.

» Si, dans le cas d'urticaire vulgaire, les lésions ortiées n'étaient pas comme on l'observe effectivement, ou tout à fait ou relativement éphémères, l'œdème anémique aurait une autre conséquence que le lecteur a déjà prévue : la gangrène superficielle arrondie, siégeant dans la portion de la peau voisine du corps muqueux, laquelle ne peut subsister qu'au prix d'une irrigation soutenue, comme l'indique l'énorme développement de ses réseaux capillaires en bouquets.

» Or, chez les autographiques, tels que notre malade, les lésions ortiées une fois produites subsistent très longtemps. D'autre part, chez eux, l'œdème anémique rend le centre des papules d'urticaire *absolument exsangue*. Chez mon sujet, je l'ai démontré plusieurs fois en piquant avec l'épingle le centre anémique des papules. Comme enfin, dans ce cas, non seulement l'urticaire est lente à s'évanouir, mais renaît au moidre grattage ou au moindre heurt, on comprend qu'au bout de quelque temps la vitalité des portions superficielles du derme périclite et qu'enfin la nécrose survienne au niveau de celles des papules ortiées qui ont le plus persisté ou qui ont été davantage entretenues par les grattages motivés, par le prurit incessant dont elles sont le siège.

« D'ailleurs, ce qui montre bien qu'il y a une relation étroite entre l'œdème anémique et l'eschare, c'est que celle-ci répond exactement comme dimensions et comme figure à la zone anémique de chaque papule ortiée destinée à devenir gangréneuse. J'ajouterai que dans la genèse des lésions sphacéliques, il importe de ne pas négliger l'action mécanique du grattage par des doigts malpropres. Ceux-ci introduisent naturellement des germes, qui, s'insérant sur des tissus que l'anémie a amenés au minimum de leur vitalité et que l'œdème a gorgés d'un liquide favorable aux cultures parasitaires, peuvent en somme, jouer le rôle décisif dans la formation des eschares. »

Ainsi donc, érythème ou urticaire, pemphigus ou eczéma, gangrènes, ne sont que des étapes d'un processus unique. Au premier degré, on a une rougeur accompagnée d'un gonflement ou d'un œdème plus ou moins considérable; au second degré, l'épidermolyse s'est produite; au troisième degré, une plaque gangréneuse s'est établie. M. Gilles de la Tourette englobe ces phénomènes dans ce qu'il appelle sa « diathèse vaso-motrice » qu'il place dans l'hystérie, à côté de la diathèse d'amyosthénie ou de contracture. Tous ces faits sont parfaitement comparables. Une contracture hystérique donne lieu à de l'atrophie des parties, si elle persiste; de même un œdème anémique de la peau qui persiste, empêche la circulation des cônes vasculaires, et entraîne la nécrose des papilles et du corps muqueux correspondants. Ces phénomènes ne sont pas d'ailleurs limités à la peau, ils peuvent engendrer des désordres au niveau du poumon ou de l'estomac (1) par exemple.

---

(1) Voir la thèse du docteur Bruchon. Considérations sur l'étiologie et la pathogénie de l'ulcère rond de l'estomac, 1891.

Renaut termine en disant que si le mécanisme de production des lésions nous explique que des lésions ortiées persistantes peuvent aboutir à la gangrène disséminée, la raison d'être de ces actions neuro-paralytiques si puissantes et si soutenues, doit être cherchée ailleurs. C'est l'inconnue à trouver dans le problème de la pathogénie de l'hystérie.

CONCLUSIONS

1. L'hystérie détermine des éruptions cutanées, d'aspect morphologique différent, pouvant aller de la simple rougeur à la destruction complète de certaines portions du tégument. Elles sont : érythémateuses, urticariennes, pemphigoïdes, eczématiformes, gangréneuses.

2. Il n'existe pas d'« eczéma hystérique », mais une dermite eczématiforme d'origine hystérique, affection fort rare, qui forme un groupe bien tranché et se distingue des formes ordinaires de l'eczéma, non seulement par une allure bien personnelle, mais par un ensemble de caractères essentiels, qui coexistent le plus souvent, tels que : l'unilatéralité, la localisation, une ténacité et une tendance à la récidive toutes particulières, la coexistence ou l'alternance avec des troubles hystériques nerveux et d'autres manifestations cutanées de même origine.

3. Une forme de gangrène spontanée a droit de cité dans le cadre nosographique des éruptions cutanées hystériques. Ces gangrènes sont habituellement multiples, superficielles, indépendantes d'un territoire nerveux anatomique, annoncées

le plus souvent par des phénomènes locaux subjectifs de brûlure; elles sont souvent liées à un paroxysme de la névrose, très tenaces généralement, récidivent facilement et donnent presque toujours une cicatrice chéloïdienne. Enfin, elles n'ont aucune influence sur l'état général, pour généralisées qu'elles soient.

4. Ces lésions nous paraissent relever toutes d'un même processus vaso-moteur et présentent entre elles un « air de famille » emprunté à l'hystérie. Leur indépendance avec l'état général du sujet, leur distribution sans relation anatomique nerveuse, leur rapport avec les phénomènes critiques de la névrose, leur facilité de récidive, sont des caractères qui les unissent. Leur pronostic et leur traitement n'offrent rien de particulier et sont ceux de la plupart des accidents de l'hystérie.

Bordeaux, le 27 novembre 1895.
Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
A. PITRES

Vu : *Le Doyen* :
A. PITRES
Bordeaux, le 27 novembre 1895
Vu et permis d'imprimer
Le Recteur :
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Athanassio. — Des troubles trophiques dans l'hystérie. Thèse de Paris 1890.

Barthélemy. — *Étude sur le dermographisme*. Paris 1893.

Bayet. — Contribution à l'étude du zoster gangréneux hystérique. *Journal des sciences médicales et naturelles de Bruxelles* 1891.

— Gangrènes disséminées et successives de la peau d'origine hystérique. *Journal des malad. cutanées et syphil.*, 1894.

Blandin. — Gangrène spontanée et partielle revenant à de longs intervalles et affectant exclusivement le côté gauche, accompagnée de symptômes généraux de perturbation nerveuse. *Gazette des hôpitaux*, 1843, p. 94.

Castex. — Troubles nutritifs de la peau chez une hystérique. *Bulletin société clinique de Paris*, t. I, p. 202-204, 1877.

Du Castel. — *Union médicale* n° 13, 2 août 1894.

Courbis. — Éruption pemphygoïde chez une hystérique. *Lyon médical* n° 3, 1876.

Charcot. — *Leçons du mardi*, 1888-1889.

Damaschino. — Troubles trophiques dans l'hystérie. *Gazette des hôpitaux*, t. III, 1880.

Dujardin-Baumetz. — Note sur des troubles vaso-moteurs de la peau observés sur une hystérique. *Société méd. des hôpitaux de Paris*, 1879-1880.

DOUTRELEPONT. — *Aerzte multiple Hautgangræn*, 23 novembre 1885.

— Bericht über den weiteren Verlarif des Falles von acuter multiple Hautgangræn. *Archiv., für Dermatologie*, 1890, s. 385.

EHRL. — Gangræn acutis hysterica. *Wiener clinik Wochenschrift*, 1894, n° 18.

FÉRÉ. — Societé de biologie, 26 mai 1894.

FEULARD. — Lichen plan chez les hystériques. *Annales de dermatologie*, 13 novembre 1890.

FORBES. — Notes on a case of chronic eczéma associated with the development of certain nervous symptomes (hystéro-psychopathy). *The Lancet*, 13 juillet 1893, p. 134.

FRANCESCHI. — Du pemphigus chez les hystériques. Thèse de Paris 1883.

FRÈCHE. — Des éruptions cutanées chez les hystériques. *Congrès de médecine de Bordeaux*, août 1895.

A. FABRE. — *L'Hist*rie viscérale. — Nouveaux fragments de clinique médicale.* Paris 1883 (Delahaye et Lecrosnier, éditeurs).

GAUCHER et BARBE. — Eruption pemphigoïde gangréneuse d'origine hystérique. Société de Dermatologie, 10 janvier 1895.

GAUTHIER. — Des éruptions cutanées chez les hystériques. Thèse de Lyon 1893.

GILLES DE LA TOURETTE. — *Traité de l'Hystérie*, 1895.

— *Bulletin médical*, mai 1895.

JOSEPH (Max). — Ueber multiple neurotische Hautgangræn (*Archiv. für Dermat. u. Syphil.* XXXI 1895).

KAPOSI. — *Traité des maladies de la peau*, (traduction Besnier et Doyon 1891).

— Ueber atypischen zZster gangrænosus und Zoster hystericus. (*Archiv. für Derm., ù Syphil.* 1887. — *Wiener Klinik Wochenschrift* 1889, p. 193).

— Vorstellung eines Falles von Pemphigus neuroticus hystericus. *Wiener Klinik. Wochenschrift* 1890, n° 22, s. 425.

KOPP. — Zur Casuistik der multiplen neurotischen Hautgadgræn (*Münschen. médic. Wochenschrift* 1886, n° 38, p. 665).

LELOIR. — Recherches cliniques et anat. path., sur les affections cutanées d'origine (Thèse de Paris 1882).

— Des maladies de la peau d'origine nerveuse et de leur traitement. (*Journal de mal. cutan et syphil.*, octobre 1894.)

LOUYER-VILLERMAY. — *Traité des maladies nerveuses ou vapeurs.* (Paris 1816).

LÉVÊQUE. — Des maladies de la peau consécutives à un choc moral (Thèse de Lille 1887).

MARTIN. — Des troubles vaso-moteurs de l'Hystérie (Thèse de Paris).

MERMET. — Du Pemphigus dans les névroses. (Thèse de Paris 1877).

NEUMANN. — Cas présenté à la Société de médecine de Vienne (12-15 mai 1882).

OULMONT ET TOUCHARD. — Contribution à l'étude des troubles trophiques dans l'Hystérie (*Médecine moderne*, 12-19 février 1891).

NEUBERGER. — Ueber den sogenannten Pemphigus neuroticus. *Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft*, II à III Congress, Leipzig 1894, S. 358.

NEUBURGER. — Ein Fall von Trophoneurosis bulloso-gangrænosus. *Münsch. med. Wochenschrift*, 1894, S. 456.

PITRES. — *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, 1891.

— Troubles trophiques dans l'hystérie. *Progrès médical*, 21 février 1891.

QUINQUAUD. — Lésions trophiques de la main et de l'avant-bras consécutives à un traumatisme. *Société de dermat.*, 1893, 9 mars.

RICKETTS. — Atypic herpès zoster gangrenosa. *Journal an med. association*, t. XV, 1890, 778.

RENAUT. — Sur une forme de la gangrène successive et disséminée de la peau : l'urticaire gangréneuse. *Médecine moderne* nº 9, 20 février 1890.

ROTHMANN. — Demonstration eines Falles von multipler Hautgangræn. *Deutscher med. Wochenschrift*, 1890, nº 23, S. 504.

RIEHL. — Gangræn acutis hysterica. *Wiener Klinick. Wochenschrift*, 1893.

RAYMOND. — Ecchymoses et éruptions pemphygoïdes de nature hystérique. *Société médicale des hôpitaux*, 26 décembre 1890.

Richardière. — Troubles trophiques cutanés de l'hystérie. *Société méd. des hôpitaux,* 13 mars 1891.

Sangster. — *Transactions of the international Congress*, (Londres 1881, tome III, p. 184).

Senger. — Ein Fall von multipler Hautgangræn *Deutsch med. Wochenschrift* 1892, n° 38).

Singer. — Ueber Spontangangræn und Simulation bei Hystérie (*Wiener médic. Presse* 93, n° 25 et 26).

Staub. — Zur kasuitic der atypischen Herpes zoster (*Archiv. für Dermat. ù Syph* 1892).

Stubenrauch. — Ueber eimen Fall von multipler Hautgangræn (*Münsch. med Wochenschrift,* 95.)

Waton. — L'hystérie vaso-motrice. (Th. Montpellier, 92).

Bordeaux. — Imprimerie du MIDI, 91, rue Porte-Dijeaux.